QUOTIDIANO AUTOGESTITO @ BOLOGNA
SPECIALE - n.199
VENERDÌ 5 MARZO 2021

NON STA ANDANDO TUTTO BENE

INCHIESTA SOCIALE SUL SISTEMA SANITARIO NELLA SECONDA ONDATA COVID-19

Non sta andando tutto bene. In collaborazione con alcune/i professioniste/i della sanità e con l'Assemblea per la salute del territorio, Zic.it propone un'inchiesta autogestita sul servizio sanitario bolognese nell'emergenza Covid per costruire un'analisi critica del funzionamento dei servizi sanitari e sociosanitari nella seconda ondata. Le/gli operatrici/ori sono stanche/i e oberate/i di lavoro, mentre emerge una debolezza diffusa dovuta alla carenza di personale e di tempismo organizzativo e allo scarso coordinamento tra le parti del sistema. Questo dimostra come il tempo guadagnato con il lockdown non sia stato usato per organizzare la risposta a questa seconda ondata. Sarà necessario ricordare questi errori e queste responsabilità per costruire, in modo aperto e partecipato, un sistema realmente di prossimità che tenga conto dei bisogni delle persone. Per questo invitiamo le/i cittadine/i e le/gli operatrici/ori sanitarie/i ad inviare riflessioni o racconti agli indirizzi:

redazione@zic.it
assembleasaluteterritorio@gmail.com

Nelle prossime pagine gli articoli pubblicati da novembre 2020 a febbraio 2021. L'inchiesta prosegue su www.zic.it

LA NECESSITÀ DI NARRAZIONI DAL BASSO

Si parla tanto di Covid, se ne parla da mesi e, ogni volta che la situazione si aggrava, se ne viene quasi ossessionati.
In questi giorni al giornale, da diverse situazioni, ci sono arrivati racconti e riflessioni da parte di operatori sanitari, singoli cittadini, comitati e organizzazioni sindacali di base del settore. Molti di quelli che stanno affrontando l'emergenza sanitaria in corso hanno più volte denunciato che "non sta andando tutto bene". Il personale sanitario è stanco, oberato di lavoro, costretto a turni estenuanti per coprire le malattie di colleghi. Inoltre, sta emergendo una debolezza diffusa dovuta alla carenza di personale e di tempismo organizzativo e allo scarso coordinamento tra le parti del sistema.
Tutto il sistema politico, e il sistema della dirigenza di Ausl e Asp che ad esso è legato a doppio filo, sta facendo quadrato nella difesa del "modello Emilia-Romagna" e questo spinge gli operatori sanitari ad evitare di esporsi anche quando la loro esperienza può portare a migliorare scelte apicali che non vanno nella direzione della tutela della salute comune.
In primo luogo è evidente che il sistema di tracciamento a Bologna è completamente saltato da quando, fine ottobre, il numero dei positivi giornalieri è esploso.
Cosa significa questo? Che non è più possibile una politica di prevenzione attiva della diffusione del contagio, basata sull'individuazione dei contatti, i test diagnostici, le disposizioni di isolamento. L'Ausl di Bologna è ormai indietro di migliaia di casi nel tracciamento quindi la prevenzione attiva è diventata incompatibile con la velocità di diffusione del virus.
La responsabilità di questo servizio è in capo al Dipartimento di Sanità Pubblica, le cui funzioni in questa fase sono: la programmazione dei tamponi, la sorveglianza delle condizioni di salute delle persone in isolamento domestico, l'inchiesta attraverso il tracciamento dei contatti e la sorveglianza attiva sulle scuole. Il ritardo accumulato nell'inchiesta epidemiologica è causato da due fattori: la scarsità di risorse umane e organizzative e l'accentramento organizzativo di funzioni che potrebbero essere più efficacemente svolte costituendo una rete decentralizzata su base distrettuale che devolva alcuni compiti e poteri alla rete della medicina territoriale, a partire dai medici di Medicina Generale e dai pediatri del territorio.

"Costruire, nel modo più aperto e partecipato possibile, un sistema realmente di prossimità che tenga conto dei bisogni delle persone".

Si tratta di una questione di scelte politiche e organizzative: la nostra Regione, a differenza di altre limitrofe, sta pervicacemente continuando a riproporre un modello centrato su un tracciamento che non esiste più, soprattutto dove il Dipartimento di Sanità Pubblica gestisce tutti i processi centralmente.
Molti cittadini si chiedono fino a che punto sarà possibile continuare a far finta che si stia contenendo il virus?
E' ormai chiaro che il contagio non si contiene con i (pur preziosissimi) posti letto di terapia intensiva, né con quelli di degenza ordinaria, la pandemia si può arginare solo sul territorio, partendo però dai reali bisogni dei cittadini, che devono poter essere messi nelle condizioni di partecipare mi maniera solidale al contenimento della stessa.
L'interfaccia di prossimità tra i cittadini e la Ausl sono i medici di base ed è loro che troviamo, sempre più spesso, inermi e senza strumenti né autorità per aiutare la popolazione a svolgere un'efficace politica di contenimento del virus, nonostante molti di loro li invochino da tempo.
In primo luogo, i medici di base non hanno l'autorità per disporre la quarantena per i contatti stretti di positivi. Per questo motivo è necessario attendere una disposizione di quarantena disposto dall'Ufficio di Igiene (che potrebbe non giungere mai) per poter certificare l'astensione dal lavoro all'Inps nel caso di assistiti asintomatici. In questo contesto, chi non si può permettere di stare a casa perché precario o perché senza garanzie sul lavoro, senza una certificazione, continua ad andare a lavorare rischiando di diffondere il virus, oppure subisce conseguenze molto limitanti sulla sua vita.
L'altro problema riguarda le persone che, a seguito della positività al tampone e trascorsi i giorni previsti di isolamento fiduciario, potrebbero tornare alla vita normale ma sono recluse in casa in attesa – talora anche per delle settimane – della programmazione di un tampone di guarigione e della disposizione di fine isolamento, attualmente di competenza dell'Ufficio di Igiene.
Questa situazione è la cartina di tornasole che dimostra come il tempo guadagnato attraverso il lockdown non sia stato usato per organizzare la risposta dei servizi a questa seconda ondata.
Se le misure più restrittive di questi giorni funzioneranno e i casi torneranno a un livello in cui il tracciamento sarà efficace veramente, dobbiamo ricordare questi errori e queste responsabilità e costruire, nel modo più aperto e partecipato possibile, un sistema realmente di prossimità che tenga conto dei bisogni delle persone.
Per questo c'è la necessità di narrazioni dal basso, di esperienze e testimonianze che riportino l'attenzione sui vissuti e i bisogni delle persone che, da pazienti o operatori, stanno vivendo sul proprio corpo questa sindemia.

"IL MIO INCONTRO / NON INCONTRO CON IL COVID"

Una prima testimonianza, ricevuta dall'Assemblea per la salute del territorio che l'ha presentata in questo modo: "Lo scritto che abbiamo ricevuto mostra inequivocabilmente il fallimento della strategia di tracciamento dei contatti che avrebbe dovuto aiutarci a fronteggiare la diffusione del virus sul territorio, evitando di intasare i presidi ospedalieri. In particolare emerge la debolezza del Dipartimento di Sanità Pubblica, quello che dovrebbe essere lo snodo centrale delle Ausl nella programmazione e nella gestione dell'attività di prevenzione. Chiediamo ad altri cittadini, operatori e utenti di fornirci altre testimonianze e analisi. In particolare sarebbe utile capire: il Dipartimento di Sanità Pubblica era in grado di fronteggiare la situazione in cui ci siamo trovati? Quali risorse tecniche, organizzative e culturali erano a sua disposizione? se non erano sufficienti, come parrebbe dando un'occhiata alla situazione dell'ultimo mese, come mai dopo sei mesi e in previsione della seconda ondata la programmazione politica non ha fatto niente per mettere gli operatori in condizione di lavorare?". Quella che segue è la testimonianza ricevuta dall'Assemblea.

* * *

Venerdì 6 novembre un amico con cui mi ero intrattenuta a bere qualcosa il lunedì precedente mi telefona per avvertirmi che è risultato positivo al Covid ed è in attesa di essere contattato dalla sua Asl, in questo caso quella della Romagna essendo lui residente nel ravennate. In attesa, ha deciso di avvertire le persone che potrebbe avere contagiato.

Superato il panico iniziale comincio a cercare il numero del Dipartimento Sanità Pubblica della Asl di Bologna per avere le informazioni sulla necessità o meno di fare il tampone in relazione alle modalità del contatto.
La pagina internet del Dipartimento di Salute Pubblica relativa al Covid propone un modulo da inviare per richiedere informazioni, linee guida che spiegano cosa si intende per contatti stretti e cosa fare se si rientra in questa categoria, ma è quasi impossibile trovare un numero di telefono. Dopo attenta ricerca lo trovo, peccato che è impossibile da contattare.
Dalla lettura fatta mi autodefinisco "contatto stretto senza sintomi" che presuppone tampone e isolamento fiduciario.
Compilo e invio il modulo presente sul sito (non viene però rilasciata nessuna ricevuta per cui non si ha la certezza del buon fine dell'inoltro).
Nel pomeriggio riesco a contattare il mio medico di Medicina generale al di fuori dell'orario di ambulatorio che, per fortuna, si fa carico della situazione e calma un po' le mie ansie. Concordiamo il mio auto isolamento fiduciario e mi programma un tampone per il mercoledì successivo.
Referto del tampone giovedì sera all'interno del Fascicolo sanitario elettronico: risultato negativo.
Perché questo racconto?
Perché nel suo piccolo è l'esempio che il sistema di tracciamento è completamente saltato non solo a Bologna ma anche a Ravenna.
Il mio amico, nonostante il tampone positivo non è mai stato contattato, lui ha fatto il tracciamento.
La mia mail inviata al Dipartimento di Sanità Pubblica non ha mai ricevuto risposta.
Sono stata fortunata perché il mio medico di Medicina generale mi ha preso in carico, altri hanno dovuto fare pressioni, arrabbiarsi con i loro per avere la prescrizione per il tampone anche a pagamento

Loretta Alberani

TRACCIAMENTO: COMUNE E AUSL AMMETTONO CHE IL SISTEMA È ESPLOSO

Sono tante le ragioni e i casi per cui si rende necessaria una narrazione "altra" su quello che sta avvenendo. La devono raccontare direttamente i tanti soggetti che hanno subito sulla loro pelle gli effetti sanitari, economici e sociali della pandemia.

Quando come Zic.it, insieme all'Assemblea per la Salute del Territorio, abbiamo proposto un'inchiesta autogestita sul servizio sanitario bolognese nella seconda fase della pandemia da Covid non era nostra intenzione buttare pregiudizialmente la croce addosso a qualcuno
Infatti, l'iniziativa promossa il 21 novembre davanti all'ospedale Maggiore era a sostegno del personale sanitario, contro i tagli alla sanità pubblica, per tamponi gratuiti e accessibili a tutti. Era chiaro, però, che tutto quello che a livello politico e amministrativo non era stato fatto tra la prima e la seconda fase dell'epidemia non poteva passare sotto silenzio.
È troppo evidente che, tra marzo e oggi, troppe cose sono rimaste uguali. Sono troppi gli episodi che dimostrano che si sta andando verso una vera e propria disfatta del sistema di tracciamento dei contatti.
Se questo sistema avesse funzionato il sostegno per combattere la diffusione del virus sul territorio sarebbe stato reale, ma così non è stato. Perciò ci è sembrato necessario chiedere quali risorse tecniche e organizzative fossero a disposizione del Dipartimento di Sanità Pubblica per fronteggiare la situazione in cui ci siamo trovati.
Qualcuno ha sostenuto che queste preoccupazioni erano esagerate, che la situazione sul territorio era quasi ottimale, che un tampone a Bologna si poteva avere in 24/48 ore anche solo per tracciamento e che quelli urgenti erano fatti a domicilio in giornata. Gli operatori sanitari che collaborano con noi all'inchiesta ci hanno detto, invece, che nell'ultimo periodo il sistema di tracciamento è saltato ed è lasciato al buon cuore dei medici di Medicina generale che lo fanno prenotando tamponi che sarebbero dedicati alle diagnosi. Questa cosa intasa il sistema di diagnosi e ha fatto allungare anche a 4/5 giorni il tempo di attesa per un tampone. A causa di tutto ciò non è più possibile una politica di prevenzione attiva della diffusione del contagio, basata sull'individuazione dei contatti, sui test diagnostici, sulle disposizioni di isolamento. Ci hanno pure ribadito che l'Ausl di Bologna è indietro di migliaia di casi nel tracciamento, perciò la prevenzione attiva ormai è diventata incompatibile con la velocità di diffusione del virus.
Non sappiamo se sia dipeso da quello che abbiamo denunciato quando abbiamo presentato l'inchiesta autogestita, fatto sta che lo scorso 27 novembre anche il Comune di Bologna, per voce dell'assessorato alla Sanità, ha ammesso che, per via dei troppi contagi, in diverse circostanze, il tracciamento dei casi di positività al virus da parte dell'Ausl non è stato fatto "in modo completo ed esaustivo".
Tra l'1 ottobre ed il 26 novembre, è il calcolo di Palazzo d'Accursio, si è dovuto far fronte a 16.195 nuovi casi confermati (erano stati 6.348 da inizio pandemia al 30 settembre): si è trattato di un incremento che ha mandato in tilt la macchina del contact tracing. Per ogni episodio di contagio, secondo l'assessorato, si hanno in media circa tre/quattro contatti stretti e, per questo motivo l'attività di tracciamento, in diversi casi, non si è potuta realizzare in modo completo ed esaustivo. A rincarare la dose è stato, nello stesso giorno, il direttore del Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Ausl di Bologna. L'esplosione del servizio di tracciamento dei contagi,

avvenuto nelle ultime settimane, sarebbe causata dai troppi casi e dalle notevoli difficoltà a risalire ai "contatti stretti". Secondo il dirigente dell'Azienda sanitaria, in questo momento, la struttura sarebbe impegnata in un enorme lavoro di "intelligence" per cercare numeri di telefono e indirizzi mail, dato che senza questi presupposti non è possibile contattare le persone e inviare il "provvedimento normativo che intima la quarantena". E' questa indispensabile "perdita di tempo" che, per il direttore del Dps ha provocato il patatrac: "Se ci prendiamo in carico tutto come nella prima fase, con 650 casi al giorno che sono diventati 2.500 con i contatti stretti, non sappiamo più che cosa è successo a quella persona nel suo percorso. E' tutto talmente esploso che non si riesce più a tracciare la persona nella sua completezza".

Ma tutto questo non è capitato per volontà divina. Per quale motivo, in questi mesi, in previsione della seconda ondata di pandemia la programmazione politica e la dirigenza dell'Asl non ha organizzato un servizio all'altezza della situazione? Perché gli operatori non sono stati messi in una condizione ottimale per affrontare i problemi che si sarebbero verificati? E' emersa, con chiarezza tutta la debolezza "politico/organizzativa" di quello che dovrebbe essere lo snodo centrale delle Asl nella programmazione e nella gestione dell'attività di prevenzione, cioè il Dipartimento di Sanità Pubblica che, in questa fase, svolge funzioni di programmazione dei tamponi e di sorveglianza delle condizioni di salute delle persone in isolamento domestico. L'altro suo compito è l'inchiesta attraverso il tracciamento dei contatti e la sorveglianza attiva sulle scuole. Il ritardo accumulato nell'inchiesta epidemiologica è stato causato dalla scarsità di risorse umane, dall'insufficiente organizzazione e dall'accentramento di funzioni che potevano essere più efficacemente svolte costituendo una rete decentralizzata su base distrettuale, con l'attribuzione di alcuni compiti alla rete della medicina territoriale, a partire dai medici di medicina generale e dai pediatri del territorio. Adesso, anche a livello istituzionale, si sono accorti che la soluzione sarebbe fare "prevenzione di prossimità", ma perché sono stati a dormire per tanto tempo, ostacolando di fatto questo processo indispensabile?

È un po' la storia di quando a marzo scoppiò la prima epidemia, tutti (a parole) si dichiararono rammaricati e contriti per la situazione indecente dei Servizi di tutela della Salute Pubblica, ma i tagli alla sanità e al welfare e i processi di privatizzazione non li aveva decisi un'entità superiore. Li aveva chiesti a gran voce e a più riprese tutto il sistema dell'informazione mainstream su sollecitazione dei potentati economici, li avevano eseguiti indifferentemente governi di centro-destra e di centro-sinistra seguendo i dettami liberisti della Bce e del Fondo Monetario Internazionale. Il caso più eclatante di "lingua biforcuta" è sicuramente quello del noto economista Carlo Cottarelli, uno degli opinion leader più apprezzati e consultati dal conduttore di "Che tempo che fa" Fabio Fazio, per qualche giorno pure presidente del consiglio incaricato da Mattarella prima del via libera al governo Conte. In questi mesi, a più riprese, il famoso docente corteggiato dalla politica, oggi direttore dell'Osservatorio dei conti pubblici dell'Università Cattolica di Milano, ha sostenuto che "la nostra sanità è in queste condizioni per i tagli lineari subiti nel corso degli anni". È bene ricordare che il 21 agosto 2015 (non un secolo fa), al meeting di Comunione e Liberazione di Rimini, l'insigne professore, all'epoca direttore esecutivo del Fmi, dopo essere stato commissario straordinario della revisione alla spesa pubblica con il governo Letta, (la famosa spending review che gli fece guadagnare il nomignolo di Mister Forbici), affermò che sarebbero stati possibili ulteriori tagli "tra i tre e i cinque miliardi di euro senza stravolgere il sistema, senza contare i risparmi sugli acquisti di beni e sevizi".

"Tutto questo non è capitato per volontà divina. Perché la dirigenza dell'Asl non ha organizzato un servizio all'altezza?"

Ecco perché è necessaria una narrazione "altra" su quello che sta avvenendo, raccontata direttamente dai tanti soggetti che hanno subito sulla loro pelle gli effetti sanitari, economici e sociali della pandemia. Facciamo un esempio: il vaccino antinfluenzale. Quest'anno, a causa della pandemia, il ministero della Salute ha dato al vaccino antinfluenzale un'importanza predominante rispetto agli anni passati. In suo documento dello scorso 4 maggio spiegava che "l'influenza stagionale e la Covid-19 hanno sintomi simili, e ridurre la possibilità di insorgenza dell'influenza in autunno e inverno significa rendere più facile ai medici la diagnosi differenziale, cioè capire se il paziente ha l'influenza o la Covid-19". Stabilendo che tra i soggetti a rischio c'erano tutte le persone sopra i 60 anni, il Ministero dava indicazione di cominciare le vaccinazioni all'inizio di ottobre, una quindicina di giorni prima della partenza della campagna di immunizzazione degli anni precedenti. Anticipare la campagna vaccinale, secondo il Ministero, era importante perché si prevedeva un numero molto superiore dei vaccinati e per consentire che le vaccinazioni fossero fatte in sicurezza, nel rispetto del distanziamento e con le precauzioni igieniche necessarie.

Da sempre il rifornimento dei vaccini antinfluenzali è delegato alle Regioni, pertanto il ministero si è raccomandato con le Regioni e le Province Autonome di avviare al più presto le gare per l'approvvigionamento dei vaccini anti-influenzali, "basandole su stime effettuate sulla popolazione eleggibile e non sulle coperture delle stagioni precedenti". La situazione di emergenza ha portato le Regioni italiane a comprare 17,8 milioni di dosi, con un aumento del 43% rispetto al 2019. Inoltre, tra di loro si è scatenata una concorrenza molto competitiva per la contesa dei vaccini. Ci sono state quelle che hanno indetto le aste prima e hanno

avuto più disponibilità delle altre. Quello che, comunque, si è verificato è che le partite di vaccino sono arrivate in ritardo, si dice perché le aziende produttrici hanno faticato a star dietro alla domanda aumentata. Anche in Emilia-Romagna i medici di base sono molto preoccupati, i primi lotti di vaccini antinfluenzali sono finiti in pochi giorni e le nuove partite sono in ritardo.
A Bologna la campagna vaccinale è cominciata il 12 ottobre e, in poco più di una settimana, le dosi erano già esaurite. Altri lotti sono arrivati a spizzichi e bocconi. Nel frattempo, molti dottori, soprattutto quelli con tanti pazienti, si sono trovati senza vaccini per due-tre settimane. Alla fine di novembre sono state vaccinate le persone che avevano l'inoculazione prenotata per i primi giorni del mese. C'è, perciò, un ritardo di una ventina di giorni sulle date previste. Queste interruzioni avranno ricadute negative: la discontinuità nella fornitura provocherà disagi agli utenti e seccature per la fissazione degli appuntamenti. C'è il rischio psicologico che non trovare il vaccino possa generare stanchezza e rassegnazione nella popolazione più debole. In più, nell'ultima settimana, c'è stata la "bella sorpresa" dei vaccini arrivati senza ago. La cosa ha fatto imbestialire molti medici e, sicuramente, non è un segnale rassicurante per il futuro.
Il fatto che ci siano stati tanti disguidi, intoppi e rallentamenti nella campagna vaccinale antinfluenzale, della cui importanza si è tanto parlato nei mesi scorsi, non può non far sorgere dubbi e preoccupazioni su come sarà condotta, nei prossimo futuro, la campagna vaccinale anti Covid. Per questo tenere gli occhi aperti su tutta questa vicenda è fondamentale, lo strumento dell'inchiesta sociale è un mezzo di ricerca e di comunicazione prezioso per tutti coloro (lavoratori della sanità, utenti, realtà associative, sindacati di base e comitati) che non si sentono tutelati dalla narrazione "ufficiale"… Usiamolo!

L'OSPEDALE DI BENTIVOGLIO IN TEMPO DI PANDEMIA

Sono un'operatrice che lavora presso l'ospedale di Bentivoglio, che dalla fine di ottobre è diventato, per repentine decisioni dall'alto, quasi interamente Covid. Nel giro di pochi giorni gli operatori hanno dovuto predisporre i percorsi sporchi-puliti, in poche ore imparare la vestizione e svestizione, accogliere i pazienti positivi Covid in condizioni più o meno complesse dal punto di vista respiratorio o comunque perennemente instabili per tutta la durata del ricovero. E già la predisposizione di un intero presidio Covid in pochi giorni appare piuttosto paradossale, dopo l'esperienza della prima ondata pandemica e i mesi estivi a disposizione per una pianificazione più oculata, sistematica e sensata.

"In orario notturno presente un solo medico per 90 pazienti Covid e siamo arrivati a 50 contagi su 450 operatori".

A ciò ha conseguito una mobilità costante del personale all'interno dell'ospedale o verso altri presidi dell'azienda. Una pianificazione del turno di pochi giorni per volta. Tutte cose superabili, comprensibili in emergenza. Altri fattori invece sono incomprensibili.
In orario notturno la presenza di un solo medico per 90 pazienti Covid, in quattro reparti di malattie infettive, alcuni dei quali in ventilazione assistita, inclusi i ricoveri (anche 14) in orario notturno di pazienti provenienti da tutta la provincia
E salta all'occhio l'istantaneo verificarsi della positività al Covid e la sintomatologia degli operatori sanitari. Al 29 novembre siamo arrivati a 50 contagi su 450 operatori. Informazione mai trapelata agli organi di stampa, nelle interviste televisive alla direzione sanitaria, che adduce i primi 20 contagi alla mancanza di un lockdown esterno all'ospedale. Minimizza il tutto descrivendo l'asintomaticità degli operatori, nonostante un medico fosse ricoverato in terapia intensiva e ventilato. A poco sono servite le segnalazioni delle sigle sindacali, dei responsabili sulla sicurezza.
La situazione resta tale o tutt'al più peggiora, aggiungendo ambulatori in pronto soccorso dove ventilare pazienti fortemente sospetti di infezione da Covid, senza predisporre impianti di ventilazione a pressione negativa che evita il propagarsi degli aerosol che causano la diffusione del virus.
Questo è il clima in cui tutti i giorni gli operatori del nosocomio sono costretti a lavorare e seppur non manchino i dispositivi di protezione individuale, si ammalano, in carenza di una predisposizione ambientale a tutela della sicurezza degli operatori.

Lettera firmata

PH. MICHELE LAPINI

LAVORATRICE O VOLONTARIA? CACCIA AL PERSONALE TRA PRIMA E SECONDA ONDATA

Una studentessa di Infermieristica, che ha risposto al bando della Protezione civile per l'individuazione di personale di supporto per le strutture sanitarie territoriali in particolare sul contact-tracing: "Per sette mesi non si è fatto nulla, poi la proposta di contratti ridicoli".

Dal 24 al 26 ottobre 2020 la Protezione civile ha aperto un bando per l'individuazione di 2.000 unità di personale disponibile a prestare attività di supporto nelle strutture sanitarie territoriali, in particolare per sostenere le attività di contact-tracing durante l'epidemia.

Il bando, aperto anche agli studenti e alle studentesse iscritte al terzo anno del corso di Infermieristica, prevedeva un contratto della durata di massimo quattro mesi (con scadenza il 31 gennaio 2021).

Inizialmente entusiasta dell'opportunità lavorativa che mi si presentava davanti in un momento socio-economico (oltre che sanitario) così complesso, decisi di partecipare.

Nei momenti immediatamente successivi, però, realizzai come la stessa opportunità mi fosse stata presentata a marzo 2020 sotto forma di un progetto di volontariato nel supporto all'Unità di Malattie infettive presso il Policlinico Sant'Orsola, a cui avevo partecipato. Durante la cosiddetta "prima ondata", in seguito alla sospensione dei tirocini formativi, era stata data infatti la possibilità agli studenti e alle studentesse di Medicina di fornire supporto alle aziende sanitarie attraverso differenti progetti.

Nello specifico il progetto al quale avevo aderito si occupava di fornire supporto nella gestione dati, notifiche e informazioni dei pazienti risultati positivi al Covid-19 e sospetti tali. Concretamente l'attività era quella di garantire un continuo aggiornamento dei database di tamponi e imaging, di

pazienti e operatori sanitari, fornendo assistenza telefonica e monitoraggio a coloro che si trovavano in isolamento domiciliare.

Nel momento di iscrivermi al bando di ottobre, con il passare dei giorni mi risultava sempre più paradossale osservare come la carenza di personale a supporto di questo tipo di attività fosse evidente alle aziende già a marzo e come, nel corso dei sette mesi successivi si fosse fatto poco e nulla.

Si trattava di una problematica evidente e persistente nel corso dei mesi, che cercava di essere risolta con un bando-lampo nel mese di ottobre e una ridicola proposta di contratto, invece che con una sistematica e strutturale assunzione di personale sanitario e amministrativo.

Il contratto proposto da questo bando, inoltre, prevedeva per noi studentesse una remunerazione quasi dimezzata rispetto a quella garantita a un'infermiera professionale (15 euro/ora anziché 26). A pochi mesi dalla laurea, nonostante gli sforzi effettuati e i rischi assunti, questa proposta veniva delineata con un sostanziale disconoscimento nei nostri confronti.

Di fronte alle 49.000 candidature e alle necessità evidenti di assunzione di personale in campo sanitario, mi chiedo come sia possibile avere questa considerazione dell'accesso al mondo del lavoro che continua ad offrire contratti precari, co.co.co e a partita Iva in un settore che è pubblico ma si comporta come un privato.

Lettera firmata

LA VITA DEL MEDICO DI BASE IN TEMPO DI CORONAVIRUS

"Le politiche sanitarie che si basano sugli spot devono finire", dice il nostro interlocutore, "bisogna decentrare attribuzioni e poteri alla medicina del territorio, altrimenti parlare di prevenzione di prossimità, come fanno i vertici dell'Asl, è solo fuffa".

È ormai sera tarda. Sono da poco passate le otto e il medico sta terminando una telefonata con un suo utente che ha avuto contatti con una persona risultata positiva al Covid. Gli ha dato tutte le informazioni per come gestire in casa l'isolamento da quarantena. Il dottore deve poi trasmettere l'informazione l'Asl e sarò poi questa a dover comunicare ufficialmente la "disposizione di quarantena".

L'ambulatorio è trasformato in una specie di percorso di guerra, con distanze, entrata e uscita ben segnate e divise. L'affollamento di solito abituale non c'è più. Si entra solo su appuntamento ed è prestata molta attenzione che non ci sia accavallamento tra chi è stato visitato e chi si deve fare visitare. Anche i tempi di permanenza nello studio del dottore sono contingentati e non si può sforare. Ad essere completamente tagliate sono le "chiacchiere di contorno" che nel rapporto tra medico e paziente non sono una cosa secondaria, ma, anzi, si rendono assolutamente necessarie per arricchire la professione sanitaria di quel carico di umanità che dovrebbe essere imprescindibile.

I movimenti del dottore e l'uso dei suoi strumenti di lavoro sembrano essere stati vagliati da un esperto di tempi e metodi per un'organizzazione produttiva fordista. Ma, in questi tempi di Covid, sulla durata delle visite non si può derogare. Il lavoro è tanto, gli incontri e i controlli sui sintomi delle "normali" malattie permangono quasi come prima. Sono quasi raddoppiate le vaccinazioni antinfluenzali. Poi c'è la miriade di scenari che la pandemia ha scatenato ed il medico di base, per forza di cose, è diventato un basilare interfaccia tra i cittadini e il servizio sanitario pubblico, senza avere, però, gli strumenti istituzionali e le deleghe dalla dirigenza dell'Asl per svolgere al meglio questo compito e dare risposte certe alle tante domande che vengono poste.

È proprio di questo di cui vorremmo parlare nell'intervista che siamo venuti a chiedergli.

In trenta secondi vengono messi i paletti.

"Non voglio che le cose che dirò siano utilizzate per sputtanare il servizio pubblico. Proprio perché ritengo che il ruolo della salute pubblica sia fondamentale e, se ci sono delle cose che non vanno, il dichiararlo è necessario per far funzionare le strutture e i servizi al meglio".

In secondo luogo, l'intervista non si farà in presenza, ma per telefono.

"Ci mancherebbe, io sono costretto a mandare via le persone in quattro e quattr'otto, castrando una parte importante del mio modo di concepire la professione, e poi dovrei rimanere qui a conversare piacevolmente con voi del più e del meno… non se ne parla".

Dopo circa mezz'ora, da due luoghi diversi, il colloquio riprende dalla questione del tracciamento dei contagi (uno dei temi che, con più assiduità, sono stati trattati nelle altre puntate dell'inchiesta aperta da Zic) e su quali sono i compiti di medico di Medicina generale.

"Quando vengo informato da un mio paziente che è stato in contatto con una persona risultata positiva al Coronavirus, per prima cosa gli do tutte le informazioni necessarie per svolgere al meglio l'isolamento domestico previsto. Come si deve comportare nei rapporti coi suoi famigliari, sull'uso delle mascherine e sul distanziamento anche in casa.

Sul dormire separati dal coniuge o dal convivente. Su come utilizzare servizi igienici diversi, altrimenti, in caso non ci siano, su come sanificarli ogni volta dopo l'uso. Altrettante indicazioni le do su come cucinare in protezione e su altre cose che fanno parte della convivenza domestica. Tutto è abbastanza semplice se l'abitazione ha le caratteristiche per permetterti il rispetto del protocollo, ma sappiamo benissimo che per tutti non è così. Per esempio, io in questi giorni sono abbastanza angosciato per una famiglia di migranti, sono in cinque e tutti positivi. Vivono in un alloggio di poco superiore ai 50 metri quadri, come possono stare distanziati, dormire in camere diverse, usufruire dei servizi in modo differenziato e sicuro?".

Dopo le informazioni, qual è il passaggio successivo?

«Informare l'Asl e prenotare un tampone in data utile rispetto ai tempi del contatto con la persona contagiata. Su questo aspetto bisogna fare attenzione: io, come medico di base, non ho il potere di disporre la quarantena per un 'contatto stretto di soggetto positivo'. Pertanto, per poter fare un certificato non di malattia, ma che possa giustificare l'assenza dal lavoro, occorre attendere una disposizione di quarantena ordinata dall'Ufficio di Igiene dell'Asl. Ho diverse testimonianze che i tempi di questa necessaria disposizione dell'Asl non sono così certi".

Perché non un certificato di malattia?

"Perché l'Inps lo accetta, pure retrodatato, solo se il tampone dà esito positivo (anche nei casi degli asintomatici). Se il tampone è negativo la giustificazione è riconosciuta, ma la persona deve utilizzare le ferie (se le ha) o i permessi non retribuiti. Quindi si deve stare in casa, a volte anche settimane, fino alla programmazione di un tampone di guarigione e alla disposizione di fine isolamento, ma di fronte a questo 'impedimento necessario' non c'è copertura economica. Per questi casi non esiste una cassa integrazione. Ed è ancora peggio per chi è precario o ha una piccola attività in proprio; per loro non ci sono nemmeno le tutele normative dei lavoratori dipendenti… E guardate che di casi di persone che, a causa di disguidi burocratici, rimangono chiuse oltre il tempo previsto ce ne sono diversi. Per esempio, si sono verificate situazioni per cui alla persona in isolamento domestico è arrivato a casa prima l'esito negativo del tampone e, dopo qualche giorno, il documento dell'Asl che dispone il suo isolamento. A me è capitato un caso limite di una signora messa in quarantena il 5 novembre che, seguendo tutto l'iter previsto, avrebbe potuto uscire attorno al 20 novembre, invece è rimasta chiusa impropriamente fino al 5 dicembre".

"Nei mesi scorsi si doveva rinforzare il tracciamento. Hanno perso tempo e adesso versano lacrime di coccodrillo".

Quale sarebbe il modo per non incorrere in questi disguidi?

«Il decentramento delle attribuzioni e dei poteri, che l'Asl tiene in pugno centralmente, alla rete della medicina del territorio, cioè ai medici di Medicina generale. Se si fosse fatta per tempo questa scelta non ci sarebbero stati i casi che si stanno verificando di soggetti asintomatici, in isolamento da più di 14 giorni, che non si sono visti arrivare la certificazione di fine isolamento o hanno ricevuto la comunicazione di prolungamento della quarantena. E questo a dispetto dell'attestazione di guarigione clinica da parte del medico di base e dell'esito negativo del tampone. Altrimenti parlare di 'prevenzione di prossimità', come fanno i vertici dell'Asl, è pura fuffa".

A tal proposito, cosa ne pensa dell'esplosione del sistema di tracciamento dei contatti, ormai ammesso dai rappresentanti delle istituzioni e dagli stessi dirigenti dell'Asl?

Nei mesi scorsi, quando tutti prevedevano il ritorno della pandemia su basi molto più allargate, si doveva rinforzare il servizio, ma non è stato fatto. Quando, a fine ottobre, il numero dei positivi è esploso, la scarsità delle risorse umane e organizzative impiegate ha fatto il resto… Hanno perso tempo e adesso versano lacrime di coccodrillo".

È un po' come la questione dei vaccini antinfluenzali?

"Esattamente, è proprio così… Hanno fatto giustamente una campagna per promuovere le vaccinazioni. Questo era importante importante perché poteva rendere più facile per i medici la diagnosi differenziale tra influenza e Covid-19. Era prevedibile che questa promozione intensa, attraverso spot del Ministero in televisione e inserzioni sui giornali, avrebbe portato a un numero molto più alto di richieste di vaccinazione rispetto agli anni precedenti. Quest'anno, poi, andavano sicuramente fatte con più sicurezza e con più precauzioni igienica di quando fosse già stato fatto prima. Bene, dopo alcuni giorni dalla partenza della campagna di vaccinazione, le dosi dei vaccini si sono esaurite in un baleno. E la gente che si è vista saltare tutte le date di prenotazione con chi se l'è presa? Con noi che siamo la prima linea di contatto con l'utenza. Che dire? Molti di noi sono stanchi, ma tirano avanti per senso di responsabilità. Ma le politiche sanitarie che si basano solo sugli spot devono finire".

IL COVID E I SERVIZI DI SALUTE MENTALE

Cosa ha comportato la decisione di chiudere i centri diurni di salute mentale e le attività riabilitative diurne che prevedevano la presenza di gruppi di persone? Abbiamo parlato anche di questo con una specializzanda di psichiatria del Laboratorio salute popolare.

La pandemia da Coronavirus è stata un evento catastrofico che ha coinvolto le persone e le comunità a più livelli, che ha messo in discussione i legami sociali e ha evidenziato tanti casi e tanti aspetti di vulnerabilità. In particolare, sui pazienti della salute mentale, il Covid-19 ha avuto delle conseguenze gravi sia per la difficoltà di gestione dei famigliari, sia per il lavoro di cura dei terapeuti. È verosimile che la domanda di interventi psicosociali aumenterà notevolmente nei prossimi mesi, ma questa esigenza dovrà fare i conti con i tanti anni di disinvestimento nei servizi e nei programmi della salute mentale.
Su questi temi, per proseguire la nostra inchiesta sociale sulla sanità pubblica, abbiamo sentito una giovane dottoressa che fa parte del Laboratorio salute popolare. La nostra interlocutrice è una specializzanda di psichiatria, con lei abbiamo voluto mettere in luce le criticità che ha riscontrato in questo periodo rispetto ai servizi per la salute mentale. Il ragionamento lo abbiamo iniziato su una questione drammatica, quella della chiusura dei centri diurni di salute mentale e su quello che questa decisione ha provocato.

"Con il lockdown primaverile venne presa la decisione di chiudere i centri diurni di salute mentale e tutte le attività riabilitative diurne che prevedevano la presenza di gruppi di persone. Questa scelta, che era giustificata dal bisogno di impedire l'estensione dell'epidemia, ha avuto come conseguenza la cessazione delle attività riabilitative basate sulla prossimità e sulla continuità. Parlo, per esempio, delle attività uno a uno o dell'arte-terapia. Nel contesto dei centri diurni è stata riconosciuta da tanti la positività dei programmi terapeutici per gli utenti che hanno ricevuto un'assistenza in un contesto di relazioni collaborative e a lungo termine. Credo che, anche chi non è un tecnico, possa capire che un buon supporto psicoterapeutico ha bisogno di fisicità, di condivisione e di uno spazio comune, soprattutto per coloro che hanno difficoltà nelle relazioni sociali".

Per far fronte alla mancanza di questa attività, dalle indicazioni ministeriali, era prevista l'implementazione dei trattamenti individuali e dei trattamenti domiciliari?

«Hai detto bene: era…. Come fosse possibile tutto questo senza aumentare il personale della medicina territoriale dovranno venircelo a spiegare… L'investimento in questo campo non c'è stato».

È vero che, come conseguenza della situazione che si è determinata, c'è stato l'aumento dei trattamenti sanitari obbligatori, i Tso?

"Si è vero… Se blocchi il percorso riabilitativo…. se i pochi centri diurni che hanno riaperto, dai venti utenti di prima, oggi seguono quattro o cinque persone… se non implementi gli organici degli operatori sul territorio… è abbastanza inevitabile che l'interruzione di un determinato percorso curativo-assistenziale generi instabilità e scompensi e, di conseguenza, arrivi la medicina d'urgenza, i ricoveri coatti… da qui l'aumento del numero dei Tso".

Sempre nelle famose direttiva ministeriali si parla di telemedicina. Si dice che *laddove possibile, saranno condotti interventi motivazionali e interventi supportivi con modalità online (Skype o WhatsApp) per far sentire la presenza e la vicinanza del Servizio ai propri pazienti e alle loro famiglie, e di prevenire o comunque individuare precocemente segnali di*

crisi

"Telecomunicazioni… telemedicina… sarebbe giusto chiamarla medicina del distanziamento sociale… Da Basaglia in poi la relazione è il metodo fondamentale… La psichiatria di prossimità non si può fare senza relazione".

Sempre per rimanere in tema di relazioni, è vero che ormai è impossibile fare certificazioni di invalidità all'Inps? Cosa implica questo fatto?

«Nel campo della fragilità sociale l'accompagnamento delle persone verso altre tappe di inclusione e il sostegno nei programmi di intervento psicosociale sono aspetti del nostro operare. In questo ambito molte delle azioni passano dalla certificazione di invalidità. Attualmente l'Inps ha diecimila domande di invalidità ferme e cinquemila rinnovi di invalidità sospesi. Se uno di noi operatori cerca di mettersi in contatto con l'Inps trova sempre il centralino telefonico occupato, il sito bloccato e, alle mail che si mandano, nessuno risponde. Senza la certificazione di invalidità non si possono fare gli avviamenti al lavoro e le domande per la casa per i nostri utenti… Cosa questo significhi è facile da comprendere…».

Un'ultima questione, per quanto riguarda il personale sanitario, le poche assunzioni vengono fatte usando gli attuali strumenti "precari" del mercato del lavoro?

"Per quanto riguarda i giovani medici specializzandi vengono utilizzati i cosiddetti 'Contratti Covid'… Si tratta di contratti cococo, senza riconoscimento normativo di ferie e malattia, con un buon riconoscimento economico, spesso superiore ai quei duemila euro mensili che prende un medico con contratto regolare… Il servizio pubblico pensa di risparmiare, ma spende molti più soldi, crea precarietà anche se ben retribuita, non dà nessuna garanzia di continuità per il futuro e crea divisioni e malumori tra i lavoratori della stessa categoria".

ZERO IN CONDOTTA n.199
autorizzazione del Tribunale di Bologna n.6497 del 7/10/1995
aut. estesa al sito www.zic.it

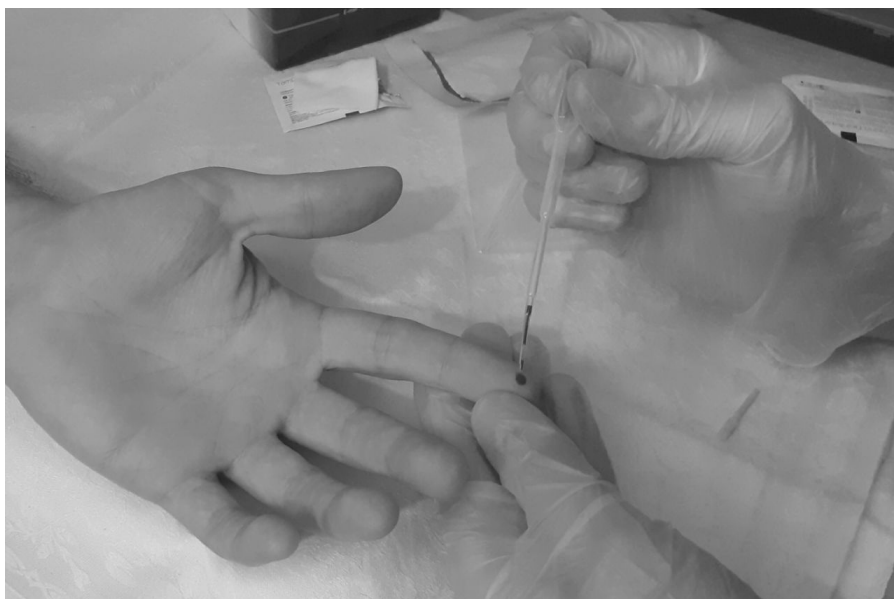
editore
Associazione Vag61

direttore responsabile
Valerio Monteventi

redazione e stampa
presso Vag61
via Paolo Fabbri 110
rione Cirenaica - Bologna
redazione@zic.it

repertorio fotografico
Michele Lapini

L'EPIDEMIA NELLE PICCOLE FABBRICHE NON È DA ZONA GIALLA

L'intervista a un medico del lavoro: ci parla del telefono che squilla ogni giorno, di alcuni focolai particolarmente gravi, del tracciamento che salta e dei protocolli di sicurezza che restano "un sogno". Ed emerge il caso allarmante di una casa di riposo.

Tra le categorie di cittadini che attualmente procurano inconsistenti se non nulli interessi dal punto di vista mediatico e politico ci sono al primo posto i detenuti e, subito dopo, gli operai e, in generale, la grande massa degli addetti al lavoro dipendente.
Nella fase primaverile della pandemia da Coronavirus intere zone del paese, soprattutto al Nord, sono state asservite alle committenze delle aziende industriali, subendo i ricatti di Confindustria. Teoricamente dalla chiusura delle attività produttive erano state escluse le aziende di alcuni settori primari come il sanitario, l'alimentare e il comparto dell'energia, ma in realtà molte fabbriche si sono dichiarate "essenziali" e sono restate aperte. Molti operai sono stati costretti a entrare in officina con la paura costante di prendere il virus, hanno lavorato rischiando il contagio e in molti si sono pure ammalati.

Ma di reportage sulle tante situazioni di lavoratori "esposti", di operai ammalati e, in alcuni casi, morti non se ne sono visti. A settembre un po' di attenzione sui focolai di Covid-19 negli stabilimenti della logistica, poi più niente. Oggi, stando alla assoluta mancanza di notizie, sembrerebbe che lavorare in fabbrica sia una delle condizioni più sicure e tutelate (è un po' come quando Marco Travaglio sostiene che in carcere per il Coronavirus si è molto più controllati e sicuri che fuori), ma che non sia così è abbastanza evidente.

È per queste ragione che, nell'ambito dell'inchiesta sulla sanità bolognese nella seconda fase pandemica, abbiamo deciso di intervistare un medico del lavoro che svolge la sua attività in una zona di territorio dove operano tante piccole aziende, molte di natura artigiana.

La prima domanda che rivolgiamo al nostro "medico competente" (questa è la definizione che si dà di questa mansione in medicina del lavoro) è abbastanza convenzionale: come stanno andando le cose?

"Male… Noi siamo in fascia gialla, ma non c'è un giorno che non ci sia un'azienda che mi chiami. Sono tanti i sono casi di positivi… e ce ne sono dappertutto".

E dire che le grandi aziende organizzano servizi di tamponi per i loro dipendenti e promuovono mediaticamente queste azioni.

"Certo, c'è la Confindustria che promuove il suo kit anti-Covid fai da te sulla cui affidabilità avrei parecchie cose da dire. È normale che le grandi aziende alla loro immagine ci tengono ma, nel nostro territorio, ci sono tante piccole fabbrichette satelliti che lavorano per le aziende dei marchi famosi. Si tratta di lavorazioni meccaniche e di montaggi fatti in condizioni di cui certo non ci si può vantare".

Ci sono casi più gravi?

"Sì, c'è un'azienda di Zola Predosa in cui sono positivi 12 dipendenti su 20. C'è un'altra piccola fabbrica metalmeccanica di Castel Maggiore in cui ci sono 15 operai positivi su 25. Oggi tutti i lavoratori sono in auto-isolamento. L'Asl li ha chiamati solo dopo 10 giorni che erano a casa. Questo isolamento fiduciario non lo ha pagato nessuno e i 10 dipendenti hanno dovuto prendersi le ferie".

Capitano di frequente situazioni del genere?

"Molto spesso ci sono dei disservizi per quanto riguarda il rientro al lavoro. Le notifiche per il nullaosta che 'libera' il lavoratore e gli permette di uscire dalla quarantena non arrivano".

Se non sbagliamo, i criteri per il rientro al lavoro previsti dalle direttive del ministero della Salute richiedono la certificazione di avvenuta negativizzazione da parte del Dipartimento di prevenzione della Asl, a seguito di due tamponi negativi effettuati a distanza di almeno 24 ore.

"Il secondo tampone, quello di conferma, ormai non esiste più. O sono i lavoratori che se lo fanno per conto proprio o sono le aziende che glielo pagano, ma il prezzo dei tamponi (i molecolari da 80 a 120 euro, gli antigienici 55 euro) disincentiva spesso i padroncini a prenotarli per i propri dipendenti. Così, sempre più spesso, succede che, dopo 21 giorni di isolamento, con la carica virale che si abbassa, viene concessa l'autorizzazione a rientrare al lavoro, anche se poi, a un controllo successivo, possono risultare positivi. Ci sono poi i casi dei positivi cronici che rientrano al lavoro e vengono collocati in solitaria, ma quando l'azienda è piccola e non ci sono gli spazi adeguati al distanziamento, le postazioni in solitaria sanno di allucinazione".

Il rispetto dei protocolli a volte è un sogno, le mascherine vengono usate nei momenti comuni, come in mensa o alla macchinetta del caffé, ma in quei casi vengono per forza di cose abbassate e le distanze tra persona e persona non ci sono mai.

"Poi c'è gente che stava male ed è andata a lavorare lo stesso perché c'era un lavoro urgente da consegnare assolutamente".

Oltre a questo elenco di situazioni incredibili ci sono altri episodi significativi?

"Ci sono casi di lavoratori risultati positivi che, quando vengono chiamati dalla vigilanza dell'Asl per sapere con chi sono stati in contatto, non fanno il nome dei loro colleghi di lavoro perché il padrone gli ha detto che l'azienda sarebbe costretta a chiudere per mancanza di dipendenti e, di conseguenza, dopo la guarigione si troverebbero senza lavoro".

Anche i servizi di vigilanza dell'Asl però… non si fanno delle domande? E' difficile che in una fabbrica lavori solo una persona.

"I servizi di vigilanza dell'Asl ormai non ce la fanno più e, da un po' di tempo, alcune loro funzioni sui luoghi di lavoro sono state delegate alla Medicina del lavoro".

"C'è gente che stava male ed è andata a lavorare lo stesso perché c'era un lavoro urgente da consegnare assolutamente".

Sono in previsione altri avvenimenti che potranno aggravare la situazione?

"Fra un po' ci sarà la chiusura di molte aziende per le festività natalizie e di fine anno, è da presumere che molti lavoratori immigrati dal Sud Italia o da altri paesi vadano a trovare le loro famiglie d'origine. Sarebbe necessario che il 7 o l'8 gennaio venissero fatti i tamponi di rientro. In diverse aziende li hanno già prenotati, ma molte di quelle più piccole sostengono che non se lo possono permettere… Sarà un bel caos".

Siamo alla conclusione di questa sconsolante chiacchierata, il nostro interlocutore ci chiede di parlare di un'altra vicenda.

"C'è un ultimo caso ed è quello che mi allarma di più, è quello di una piccola casa di riposo per anziani, dove metà degli ospiti sono risultati positivi e sono stati suddivisi sui due piani della struttura: in uno ci sono gli anziani non contagiati, nell'altro quelli positivi. La cosa drammatica è che su 18 tra operatrici e operatori, 14 sono in quarantena. La proprietaria ha chiesto di poter trasferire in ospedale gli anziani positivi più problematici, ma gli hanno risposto di tenerli per forza perché non c'è disponibilità nei reparti ospedalieri. E adesso nella casa di riposo non c'è nemmeno più il personale per distribuire i pasti agli ospiti e non si trova nessuno che se la senta ad andare a lavorare in quella situazione".

Insomma, come abbiamo già detto in altre occasioni, si fa proprio fatica ad affermare che tutto vada bene.

PH: MICHELE LAPINI

L'EPIDEMIA E IL DISTANZIAMENTO FISICO IN UN CARCERE SOVRAFFOLLATO

L'inchiesta di Zic rivolge lo sguardo alla situazione della Casa circondariale cittadina dove, a fine 2020, il numero dei contagiati Covid-19 era salito in modo preoccupante.

L'AUMENTO DEI CONTAGI

Verso la fine di novembre il garante dei detenuti di Bologna comunicava che, all'interno del carcere della Dozza, vi erano almeno 12 i detenuti contagiati ed altri casi di positività erano presenti tra gli operatori penitenziari. Ammoniva che, in una situazione in cui "la capienza massima di 500 persone era ampiamente superata dalle circa 700 presenze", con la seconda ondata pandemica in corso, "il rischio di una diffusione del contagio all'interno dell'istituto penitenziario era molto concreto".
Il 30 novembre era il garante dei detenuti della Regione Emilia-Romagna a sottolineare che "la patologica situazione di sovraffollamento che caratterizza le nostre carceri contribuisce ad accrescere il rischio di diffusione del contagio. E' quindi necessario incidere significativamente sul numero delle presenze in carcere, per la tutela del diritto alla salute di detenuti e operatori penitenziari".
Il 12 dicembre è stato ancora il garante comunale a rivelare che la situazione, in poche settimane, si è parecchio aggravata: "Il problema del sovraffollamento complica la gestione dei casi di Covid all'interno del carcere di Bologna, dove circa 50 persone sono risultate positive al virus". Il garante ha riferito pure che ci sono detenuti ricoverati in ospedale e non ha nascosto la sua preoccupazione per un ulteriore aggravamento della situazione, anche in prospettiva di una terza ondata di Coronavirus nei primi mesi del nuovo anno.
Ieri, infine, è intervenuto di nuovo il garante regionale per affermare che tra i penitenziari dell'Emilia-Romagna il carcere di Bologna resta "quello più problematico, con un numero di positivi tra i 50 e i 70 che è stabile da qualche giorno".
Insomma, in questa seconda ondata pandemica l'impatto del virus è indiscutibilmente più grave sul carcere rispetto agli scorsi mesi primaverili, ma sembra che la cosa interessi pochissime persone. Oltre ai famigliari che mandano lettere ai giornali, che scrivono ai propri avvocati o ai garanti o alle associazioni, ci sono le poche realtà che si occupano di questioni detentive (come Antigone o l'Associazione Yairaiha Onlus), i collettivi anarchici o antagonisti che denunciano (come nel caso dei morti delle rivolte di marzo) e, adesso, anche direttamente i detenuti che si prendono la responsabilità di fare esposti.
Della stampa mainstream è meglio non parlare, salvo due piccole eccezioni (Il Dubbio e Il Riformista), tutti i quotidiani sembrano molto distratti quando si parla dell'epidemia da Covid nelle carceri italiana. E i casi sono già parecchi: da Poggioreale a Tolmezzo, da Pesaro a Sulmona, a cui si è aggiunto più di recente anche Bologna.
La politica istituzionale poi è "non pervenuta" ormai da tempo.

IL SILENZIO DELLE ISTITUZIONI

Sull'aggravamento della situazione sanitaria della Casa circondariale bolognese, però, è il caso di inchiodare il ceto politico di Palazzo d'Accursio alle sue responsabilità. Anche perché, è bene ricordarlo il "garante comunale delle persone private della libertà personale" è una figura la cui nomina è votata dal Consiglio comunale e le sue relazioni dovrebbero servire ai consiglieri e

alla Giunta per produrre azioni politiche conseguenti. Bene, dopo le due recenti uscite del garante comunale solo due consiglieri hanno preso parola per esprimere preoccupazione e chiedere politiche di "decarcerizzazione" (Francesco Errani e Dora Palumbo), da tutti gli altri un assordante silenzio. Anche dalla Giunta nebbia fitta; per non parlare del Sindaco Merola che, in quanto "massima autorità sanitaria" cittadina, un occhio su quello che sta accadendo in via del Gomito 2 dovrebbe buttarlo. La salute dei cittadini (di tutti i cittadini) non è una questione che si può trattare come il traffico, ciòé "a targhe alterne".

In effetti, è un po' bizzarro occuparsi dei rischi da Covid solo per gli assembramenti da movida o da manifestazione, dare un'occhiata di sfuggita alla calca nei trasporti pubblici, adattarsi all'addossarsi "necessario" delle attività lavorative, tapparsi naso occhi e orecchie per quella "contiguità obbligata" che quotidianamente si verifica presso l'istituto detentivo della città.

L'ultima volta che il sindaco fece sentire "esplicitamente" la sua voce sulle condizioni di vita nel carcere della Dozza risale al lontano 11 luglio del 2011. Dopo una visita insieme a un gruppo di parlamentari della Commissione diritti umani del Senato, riscontrando sovraffollamento, celle che scoppiavano, l'alto numero di detenuti tossicodipendenti o con problemi psichiatri e una situazione grave dal punto di vista igienico-sanitario, gli venne da dichiarare: "Ho un forte imbarazzo come amministratore pubblico nel vedere un mondo così al contrario". Poi promise: "Verificherò se ci saranno gli estremi per un'ordinanza sindacale, simile a quella firmata nel 2007 dal mio predecessore Sergio Cofferati" (in quell'ordinanza si prescriveva di intervenire sulle condizioni igienico-sanitarie della struttura, oltre a disporre disinfestazioni da blatte e derattizzazioni).

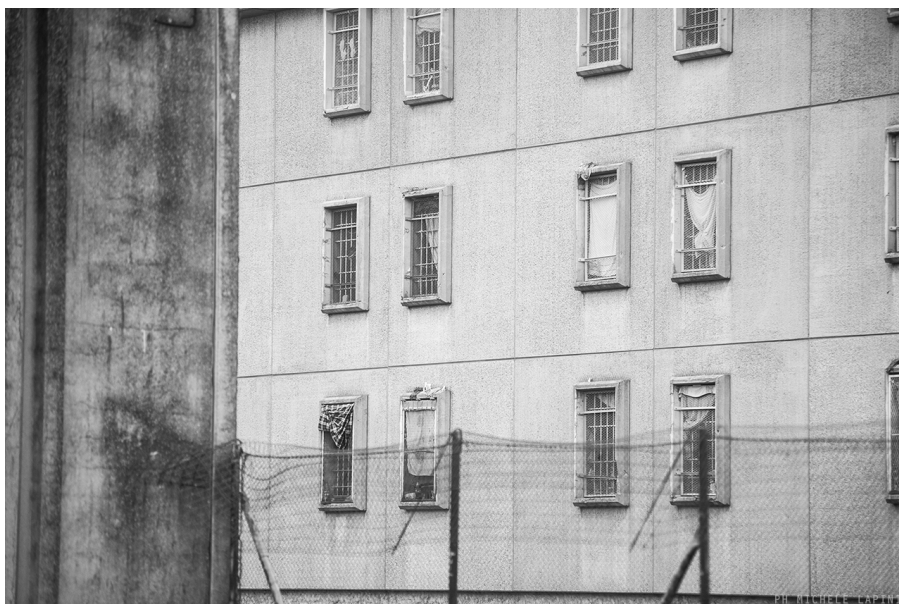
Dopo di che, per Merola solo partecipazioni a qualche spettacolo e a qualche concerto del coro dei

detenuti, o presenza di prammatica a qualche convegno e niente più.

Del resto, in questi anni, le visite dei parlamentari e dei consiglieri regionali si sono sempre più diradate fino a sparire del tutto. I tempi della proposta di legge (mai approvata) dell'ex senatore Luigi Manconi per "rendere il carcere una casa di vetro" sono stati cancellati dall'oblio, oggi vanno molto più di moda e trovano il consenso di quasi tutte le forze politiche gli editorialisti del "manette daily".

E a proposito di Regione Emilia-Romagna, in materia di detenzione il coraggio della "coraggiosa" vice-presidente Elly Schlein sembra essersi affievolito abbastanza rapidamente. Nella primavera scorsa, subito dopo la sua elezione, fu protagonista di un provvedimento (finanziato complessivamente con 472.000 euro), teso a reperire alloggi da destinare ai detenuti vicini al termine della pena da scontare, ma privi di risorse economiche, casa e lavoro. L'iniziativa regionale faceva seguito al Dpcm del governo rivolto a detenuti con un residuo di pena inferiore ai 18 mesi, varato per alleggerire il sovraffollamento carcerario e favorire così il contenimento delle situazioni a rischio di contagio da Covid-19. Sarebbe cosa buona conoscere quanti detenuti hanno potuto usufruire di questo bando regionale e di quante amministrazioni comunali e quante associazioni hanno partecipato. Mica per altro, sapere se il provvedimento ha funzionato sarebbe utile a tutti.

Su cosa fare invece, rispetto a questa seconda ondata pandemica e per non assistere impotentemente alla crescita esponenziale numero dei contagi, seguendo anche la sollecitazione del garante regionale dei detenuti, non abbiamo il piacere di sapere cosa intenda fare la Regione Emilia-Romagna. Anche in questo caso è abbastanza strano che il "protagonismo dei governatori" (finanche esagerato in epoca di Covid) abbia ritrovato improvvisamente una silenziosa sobrietà sulla questione delle carceri. E pure la Schlein, che sui giornali di tutte le periodicità, sia cartacei che online, ci è finita un'infinità di volte, di pensieri dedicati alle condizioni dei detenuti e delle detenute ne ha dedicati veramente pochi… E dire che, in fin dei conti, tra le tante deleghe che le sono assegnate, ci sono anche quella del welfare e del contrasto delle diseguaglianze. Ed avendo pure la delega ai rapporti con l'UE dovrebbe sapere che la Corte europea dei diritti dell'uomo di Strasburgo ha condannato diverse volte l'Italia per trattamento inumano e degradante nei confronti di detenuti. Perciò le condizioni di detenzione dovrebbero essere un argomento a cui dedicare un po' di attenzione

PH MICHELE LAPINI

COSA SIGNIFICA “DISTANZIAMENTO FISICO” DIETRO LE SBARRE

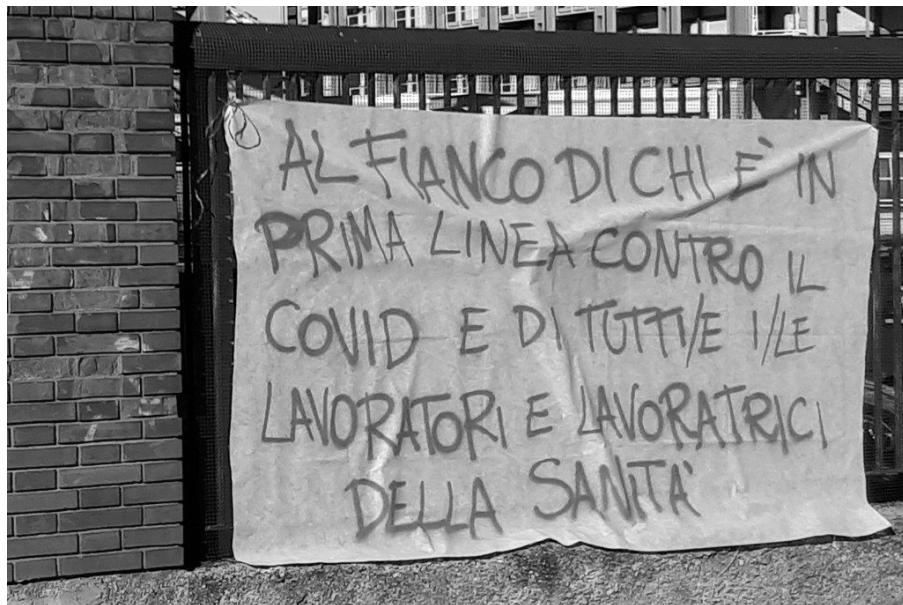
Ritornando agli effetti dell’epidemia da Coronavirus dentro il carcere della Dozza occorre dire che, dal punto di vista degli operatori sanitari, la situazione è molto diversa rispetto al marzo scorso. All’epoca c’era disorientamento e paura. Le disposizioni sanitarie per affrontare il Covid-19 erano insufficienti, i dispositivi di protezione individuali erano scarsi, c’era la preoccupazione di non avere gli strumenti e il personale idonei ad affrontare una situazione difficile. C’era stata la rivolta e, nel corso di quelle giornate di rabbia dei detenuti, erano rimaste distrutte le infermerie, gli ambulatori, i carrelli delle terapie e molta strumentazione.
Terminata la protesta, vennero diagnosticati positivi al Covid quindici detenuti. Queste persone andavano isolate e assistite. Poi, tra aprile e maggio, furono due i detenuti deceduti per Coronavirus, entrambi morirono in ospedale dopo qualche giorno dal trasferimento dal carcere.
L’altro fatto molto grave e angoscioso fu la positività del personale infermieristico e medico, più della metà degli operatori sanitari si ammalarono.
Se si chiede se è stato fatto quello che era necessario per affrontare una situazione così complessa e pericolosa, per i nostri interlocutori, le misure di prevenzione che furono introdotte a maggio sarebbero servite a marzo. Un esempio su tutti: il protocollo per la gestione dei positivi. Lo stesso protocollo, però, viene considerato uno dei più avanzati tra gli istituti italiani (questo non significa automaticamente che sia risolutivo dei problemi che si incontrano).
Elencando gli interventi effettuati o che vengono approntati per creare percorsi differenti per i detenuti, si parte dagli spazi che sono stati destinati all’isolamento dei positivi e di coloro che sono entrati in contatto con essi (infermeria, reparto 1°C, “RH”). Tutti i nuovi giunti devono fare una quarantena di 10 giorni. Alla fine di questo periodo si effettua un tampone che, se risulta negativo, determina la fine dell’isolamento e l’inserimento del detenuto nelle sezioni”normali”. La stessa cosa è stata fatta ai pochi detenuti che sono andati in permesso in questi mesi. Coloro che presentano sintomi riconducibili al Covid, come febbre o diarrea, vengono sottoposti al tampone e isolati per il periodo necessario, dopodiché si effettua nuovamente il tampone. Coloro che risultano positivi vengono isolati in una sezione chiamata “RH” costituita da un corridoio con 5 celle. Nel cortile esterno è stata montata una tenda della protezione civile per la misurazione della temperatura all’ingresso.
Prima dell’esplosione degli ultimi casi, con i numeri che arrivano ormai a una settantina di detenuti contagiati, la capienza delle aule scolastiche era stata ridotta del 50 per cento (con l’aula più grande che poteva contenere al massimo 8 persone). La possibilità di seguire le lezioni era consentita solo a detenuti che provenivano dalle medesime sezioni per evitare contatti tra soggetti rinchiusi in sezioni diverse. Adesso le lezioni sono state sospese, così come l’attività dell’officina meccanica. Queste chiusure si sono aggiunte alle precedenti che riguardavano tutte le attività di gruppo (culturali, sportive, ricreative) che vedevano la presenza dei volontari esterni. Ora anche i religiosi non possono più entrare.
Fino ad alcune settimane fa i colloqui in presenza si svolgevano una volta al mese, alla presenza di un solo famigliare, nelle sale dedicate dove, su ogni tavolo, sono stati montati dei pannelli in plexiglass. Nell’ultimo periodo il maggior numero di colloqui si svolge via Skype. Altri modi per comunicare con l’esterno sono il servizio mail e le telefonate.
Gli orari all’aperto nei “passeggi” erano stati organizzati a turno tra le diverse sezioni in modo da evitare contatti. Ora, probabilmente, anche questi spazi sono ancora più limitati, così come, in generale, il regime a celle aperte che, comunque, in tutte le sezioni, venivano già chiuse durante i pasti.
Il garante dei detenuti ha annunciato che, negli ultimi giorni, “la direzione del carcere ha deciso di sospendere i nuovi ingressi, almeno sino a quando non verrà raggiunta la piena stabilizzazione del quadro epidemiologico”.
All’inizio di questa “seconda ondata” gli operatori sanitari si sono sentiti maggiormente preparati e più informati rispetto all’epidemia di primavera, ma il numero altissimo di casi di queste settimane, il contagio che prima aveva toccato solo alcune sezioni e poi si è esteso molto velocemente anche ad altre, dimostra che, al di là dei provvedimenti interni utili e

necessari, i problemi strutturali del carcere della Dozza, così come degli altri istituti penitenziari italiani, rimangono e, certamente, non aiutano a contenere la diffusione del virus.
Ancora una volta il problema principale è il sovraffollamento. Se aumentano le persone contagiate che devono essere messe in isolamento dovrebbe aumentare anche il numero delle celle (o come le chiamano "stanze per il pernottamento") vuote per essere destinate alla quarantena, ma se queste non ci sono tutto il discorso dei protocolli salta.
In Italia c'è troppa custodia cautelare, ci sono troppe pene brevi che potrebbero essere gestite diversamente.
Quindi la cosa principale è far diminuire la popolazione detenuta soprattutto per avere spazio, non solo per mantenere in via ordinaria un minimo di distanza tra le persone, ma anche per gestire gli isolamenti per i contagiati da Covid. In particolare, sarebbe importante far uscire le persone che in caso di contagio rischiano di più.
L'ultimo decreto "Ristori" che prevede la possibilità della detenzione domiciliare per gli ultimi 18 mesi di pena, con braccialetto elettronico per i residui sopra i 6 mesi, non ha prodotto effetti significativi. Nei mesi precedenti c'erano stati i Dpcm di "Cura Italia" che qualcosa avevano fatto, ma non nei termini che si poteva prevedere, non tutti quelli che ne potevano usufruire ne hanno goduto.

GLI SCIOPERI DELLA FAME E GLI APPELLI

Contro il sovraffollamento, per l'approvazione di misure per diminuire il numero dei detenuti, per potere affrontare in maniera più adeguata i rischi dell'epidemia da Covid, per avere la garanzia di un accesso idoneo alle cure per chi ne ha bisogno, in diversi istituti sono partiti scioperi della fame. Sono forme di protesta diverse dalle rivolte esplose a marzo, durante le quali morirono 13 detenuti. Sono

abbastanza rituali e, periodicamente, vengono sostenute dai radicali di Rita Bernardini. Proprio perché, in qualche modo, fanno parte della quotidianità delle carceri (ogni anno ce ne sono migliaia individuali ed è uno dei pochi modi per protestare e lamentarsi), all'esterno vengono scarsamente presi in considerazione.
Questa volta in una sorta di "staffetta ideale "allo sciopero della Bernardini si sono associati Luigi Manconi, Roberto Saviano e Sandro Veronesi con i tre editoriali (sulla Stampa, La Repubblica e Il Corriere della Sera) e il loro digiuno per la "salute nelle carceri". A questo passaggio si è aggiunto un ulteriore appello di 117 docenti universitari che chiedono al Governo e alle autorità competenti di "adottare provvedimenti idonei a ridurre il più possibile il sovraffollamento delle carceri italiane, così da prevenire il rischio di un'ulteriore diffusione del contagio da Coronavirus al loro interno".
Queste prese di posizione non hanno avuto nessuna risposta e la benché minima considerazione dalla Politica nazionale e locale. Pure la stampa e la televisione hanno dato scarsissimo risalto.
L'unico che ha preso carta e penna e si è preso la briga di rispondere "puntualmente" è stato Marco Travaglio sulle pagine del Fatto Quotidiano: «I numeri dimostrano che in carcere si è molto più controllati e sicuri, quanto al Covid, che fuori… Mi pare che questo basti per spazzare via digiuni contro la "strage" da Covid nelle carceri, campagne per amnistie, indulti e altre misure svuota-celle, accuse al governo di "condannare a morte" i detenuti… Gli attuali 53.000 detenuti costituiscono il minor affollamento da molti anni: non proprio un'emergenza da affrontare con urgenza… La popolazione carceraria dipende anzitutto dall'alto numero di delinquenti, non da leggi liberticide o dal destino cinico e baro… Uno degli scopi della pena è proprio punire, perché chi ha commesso un reato paghi il conto, liberi la società della sua presenza per un po' e a lui e ai suoi simili passi la voglia di riprovarci. Poi, certo, la pena deve anche rieducare: ma dev'essere, appunto, una pena. Non una finzione o una barzelletta».
Insomma, per l'algido Travaglio il "fresco" del carcere è molto più salutare dell'aria fresca di montagna, questa sua frigida ghiacciosità che la portato ad essere il principe dei manettari, sembrerebbe una divertente imitazione di Crozza. Invece, purtroppo, lo smilzo col maglioncino a collo alto è l'attuale ispiratore di tutte le politiche giudiziarie del nostro paese… E se lui ha giocato a stringere la sua anima tra le ganasce di una morsa, a noi non resta altro che dire: avanti di questo passo c'è proprio da stare freschi.

IL COVID-19 IN UNA CASA RESIDENZA PER ANZIANI

Sono un medico, lavoro come medico di struttura nelle case residenza per anziani per una cooperativa. Il mio contratto è iniziato a febbraio 2020, ho iniziato ad affiancare le colleghe a fine gennaio. Inizialmente eravamo sei medici che ci gestivamo a rotazione sei strutture, in più io lavoro in una Cra gestita dalla cooperativa per la gestione complessiva, mentre il medico è ancora il professionista del territorio, dipendente dell'Asl. In questa struttura io ho il ruolo di sua sostituta o collaboratrice nel senso che le ore che dobbiamo fornire sono equamente divise e il mio compenso è affidato al mio collega.

Non avevo fatto ancora in tempo ad ambientarmi al nuovo tipo di incarico (in precedenza lavoravo come medico prelevatore in casa della salute, sostituta di continuità assistenziale, la guardia medica territoriale, per i profani, medico di guardia in casa di cura accreditata e saltuaria sostituta di medico di medicina generale) che è arrivata la pandemia.

Abbiamo subito dovuto confrontarci coi parenti e con la decisione di chiudere le strutture che fino a fine febbraio erano state completamente aperte, con visite libere dei famigliari dalle 8 alle 20. Avevamo disposizione all'utilizzo della mascherina e dei guanti solo nel momento in cui visitavamo i pazienti, scelta personale di tenerla sempre nella struttura anche negli ambulatori e a contatto coi colleghi.

Abbiamo iniziato ai primi di marzo ad autogestirci gli isolamenti in camera singola dei pazienti in ingresso da altre strutture o di ritorno da ricoveri ospedalieri, non avevamo protocolli dall'alto da seguire. Sempre ai primi di marzo abbiamo avuto in una nostra struttura il primo caso e in pochi giorni la maggior parte dei pazienti e quasi tutti gli operatori si sono infettati. La decisione rispetto a noi medici è stata quella di non girare più tutti su tutte le strutture ma di assegnare due professionisti ogni due strutture. Fino a che, mano a mano, chi di noi lavorava nella struttura "positiva" non si è ammalato. A quel punto eravamo praticamente rimasti tre medici a doverci turnare. Quando è stato il mio momento di tornare a lavorare nella struttura covid positiva avevo la direttiva di rimanere in ambulatorio, evitare le visite ai pazienti in reparto se non per emergenze, le giornate trascorrevano tra chiamate ai famigliari e le decisioni da dover prendere solo in base alle descrizioni della situazione del paziente che veniva fatta dagli infermieri, senza visitare, spesso senza neanche conoscere l'ospite di persona. Era un lavoro estenuante, le chiamate ai parenti erano una sofferenza indicibile non potendo dare nessuna consolazione, dato che un giorno potevi assistere a un'apparente ripresa e il giorno dopo arrivare a lavoro che l'ospite era improvvisamente deceduto.

Una delle contraddizioni più assurde con cui mi sono dovuta scontrare è stata questa: avevamo pazienti relativamente giovani che però avevano condizioni antecedenti l'infezione estremamente complesse e quindi mostravano un profilo di rischio maggiore e pazienti grandi anziani con una situazione antecedente non grave ma che con l'infezione presentavano un'accelerazione di gravità dei sintomi importante. In queste situazioni, venivano valutati da noi professionisti che li conoscevamo complessivamente comunque più idonei a un ricovero rispetto a pazienti con un'età anagrafica inferiore ma con condizioni complessive iniziali più scadenti e quindi con un margine minore di possibilità di ripresa, ma quando si chiamava il pronto soccorso per richiedere il trasporto in ambulanza dall'altra parte della cornetta veniva tenuta in considerazione solo l'età anagrafica.

Mi sono sentita dire "ma dottoressa, ha 95 anni, noi non la ricoveriamo" quando l'ospite aveva sì 95 anni, ma prima dell'infezione era una paziente con ancora tutte le autonomie conservate, terapia non

complessa, stato mentale e relativo completamente conservato, mentre ci sono pazienti di 80 anni già allettati da anni, con gli stessi famigliari consapevoli da anni della prognosi infausta della situazione del malato e noi medici di struttura nel mezzo, le nostre valutazioni sminuite o non considerate.

La situazione infettiva importante di strutture con positivi ha costretto alla decisione all'allettamento forzato dei pazienti, per non possibilità di utilizzo degli spazi comuni e per limitare la possibilità di contatto. Persone normalmente abituate a deambulare autonomamente o a essere per lo meno alzate in carrozzina durante la giornata sono state costrette a letto. Ovvie conseguenze: aumento delle lesioni da decubito, diminuzione dell'alimentazione e dell'idratazione (un po' per la postura sdraiata, un po' per il diminuito utilizzo energetico, un po' per la mancanza del setting sociale del pasto), perdita di capacità motorie, aumento della contenzione farmacologica delle persone disorientate, senso di abbandono.

I decessi erano all'ordine del giorno. I corpi chiusi immediatamente nelle bare, i parenti in lockdown ricevevano le notizie da casa, senza lockdown potevano venire fuori dalla struttura, unicamente per salutare una bara già chiusa. Sono stata testimone di tante storie di coraggio e dignità, di famiglie che capivano che il virus aveva colpito persone già fortemente debilitate e per cui la corsa in ambulanza all'ospedale, la terapia intensiva, l'isolamento in un reparto con personale sconosciuto sarebbe stato solo un'ulteriore stress sui pazienti, e tante volte ho aiutato, date queste condizioni, a fare la scelta più saggia, ovvero di iniziare un percorso di fine vita, in cui il paziente veniva assistito fino all'ultimo in struttura occupandoci soprattutto di lenire il dolore e le angosce che possono sopraggiungere in punto di morte. Quando sapevo di non poter assicurare questo o che ci fossero dei margini di possibilità di ripresa ho consigliato il ricovero, spesso arrovellandomi su quale fosse il rischio maggiore, consapevole che l'ambiente ospedaliero può contemporaneamente dare beneficio o incrementare il rischio di malattia. Ho anche assistito a tante storie di rassegnazione, coi familiari consapevoli che in un'altra situazione complessiva l'ospite malato non avrebbe dovuto raggiungere l'exitus ma con le cure adeguate si sarebbe salvato.

Durante la prima ondata ci siamo trovati a lavorare sotto organico, operatori di tutti i livelli contagiati, ho visto psicologi dover utilizzare il proprio intero turno per girare per i reparti a dare da bere ai pazienti, perché gli oss (operatori socio sanitari, ndr), rimasti in numero minimo non riuscivano a occuparsi anche di quello, ho visto me stessa lavorare nove ore al giorno e tornare a casa col telefono che ancora squillava per rispondere alle emergenze, ho visto infermieri che non avevano neanche il tempo di riprendersi dal decesso dell'ospite che conoscevano da anni. La cosa che mi ha colpito è che il burn out non è arrivato in quei momenti, ma paradossalmente una volta finita l'ondata, quando i pazienti erano tutti negativi e gli ospedali non erano più ingolfati. In quel momento ho sentito la stanchezza pervadermi, la fatica di lavorare, e vedevo che anche infermieri e oss erano esausti, nonostante fossimo tornati ai turni normali, e gli ospiti ripresentavano le problematiche di sempre.

"Molti pazienti soffrono l'isolamento, rifiutano il cibo, faticano a idratarsi, cadono in depressione. Ad altri la lontananza dai parenti ha giovato. Ogni individuo è unico, le scelte per la sua salute non sono mai scontate".

In questa nuova fase sono ricominciati i nuovi ingressi, per coprire i posti letto lasciati vuoti, dai morti di Covid o meno. Ogni nuovo ingresso deve attenersi all'esecuzione del tampone entro 72 ore dall'arrivo in struttura, è accettato solo se l'esito è positivo, a quel punto sono obbligatori comunque 14 (da poco 10) giorni di isolamento in camera singola, con ingressi ridotti di operatori in camera muniti di tutti i dispositivi di protezione individuale. Il problema era che molto spesso i pazienti che entrano in struttura soffrono di deterioramento cognitivo e già normalmente faticano ad avere gli strumenti per capire perché non riconoscono più la loro casa e la gente che sta loro intorno, figuriamoci in questa situazione. Quello a cui abbiamo assistito è stata proprio una patologia da isolamento, con gli ospiti che rifiutavano il cibo, faticavano a idratarsi, cadevano in depressione, o se deambulavano, non riuscivano a capire le restrizioni a cui erano sottoposti e venivano trovati spesso in giro per i corridoi, vanificando l'isolamento rispetto agli altri pazienti. Sicuramente anche l'impossibilità di vedere regolarmente i propri cari ha peggiorato le situazioni. Tanti nuovi ingressi non hanno superato l'isolamento o sono deceduti pochi giorni dalla fine.

Ho potuto assistere però anche a un problema contrario, ovvero che ad alcuni ospiti l'isolamento e la lontananza dai parenti ha giovato. Questo per sollevare il punto che veramente ogni individuo è unico e le scelte per la sua salute non andrebbero fatte mai in modo standardizzato o date per scontate, ma osservando e tante volte anche i parenti dovrebbero mettere da parte le loro angosce, spesso i sensi di colpa di non aver accudito il loro caro a casa, e pensare veramente a cosa è meglio per il paziente.

Lettera firmata

SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE MEDICA, "NON FOSSE STATO PER COVID-19 CHISSÀ QUANTO ANCORA AVREI DOVUTO ASPETTARE"

La testimonianza di una laureata in Medicina che solo con l'emergenza è riuscita a proseguire la sua formazione: "Il senso di inadeguatezza che ho vissuto quotidianamente non dipendeva dal mio non merito, ma da un sistema raffazzonato".

PH: MICHELE LAPINI

Sono un medico, ho 34 anni. Ho concluso la laurea dei sei anni di Medicina nel 2016 e dallo stesso anno ho partecipato al test post laurea per accedere alle borse fornite dall'università per poter proseguire la mia formazione con una specializzazione medica.
Vorrei che i non addetti ai lavori sapessero che purtroppo il fatto di specializzarsi o meno non è una scelta. Mi spiego: a me non è chiaro quale sia il motivo, ma sembra che la laurea dei sei anni di Medicina non ti fornisca i titoli per sentirti veramente un medico:

– non puoi partecipare ai concorsi per un incarico pubblico stabile, ma puoi aspirare solo a contratti a tempo determinato, con mansioni ristrette, oppure venire assorbita dalla sanità privata, dove entri in un circolo di sfruttamento e mancanza di tutele, lavorando come lavoratrice autonoma a partita Iva, dove tutti quelli che ti offrono il lavoro sembra lo stiano facendo per farti un favore

– dalla popolazione in generale non vieni considerata "degna", "qualificata". Quante volte al telefono coi famigliari mi sono sentita dire "ma lei che specializzazione ha?", alla risposta "nessuna" dall'altra parte ricevevo un trattamento o paternalista tipo "senta dottoressa io ho molti più anni di lei" (perché no specializzazione = giovane medico e giovane = non conoscere la "vita") oppure proprio direttamente "ma allora cosa ne sa lei?" come se per i sei anni di Medicina si studiassero le farfalle.

Quindi, in poche parole, finiti i sei anni di università, che posso sinceramente dire che sono estenuanti, tra maltrattamenti in reparto e agli esami, considerati sempre come razza inferiore da tutti, dal primario di reparto, al professore, all'addetto alle pulizie e moli di nozioni da assimilare schiaccianti, senso di inadeguatezza, mancanza di reale cognizione di a che cosa serva quello che si sta studiando per completa mancanza di rapporto coi paziente e impossibilità di lavoro pratico sul campo, insomma finiti i sei anni di università improvvisamente, dal giorno dopo la proclamazione diventi "collega", "dottoressa" e sembra che improvvisamente sei dio in terra, ma come puoi dare il tuo contributo? Come dicevo prima le possibilità lavorative sono alienati, allora capisci che devi partecipare al test per le scuole di specializzazione.

#assurdità numero 1: il canale strettissimo in cui ti vai a imbucare. Hai appena finito un corso di laurea in cui hai studiato per essere tuttologa di medicina e ora tra le 50 scelte disponibili devi entrare in UNA specializzazione, con la prospettiva di studiare QUELLO per i quattro anni a venire. E se poi scopro che non mi piace? E se poi non fa per me? E se poi scopro di essere più interessata ad altro? Risposta del sistema: gli anni successivi puoi partecipare di nuovo al test! Peccato che se poi vieni assegnata a un'altra scuola, la tua borsa precedente decade, una borsa di quattro anni viene buttata, sprecata, non passa a nessun altro.

Soluzione reale: in altri paesi europei ovviano a questo Problema col “tronco comune”. La scelta che devi fare per la borsa di specializzazione è se vuoi proseguire nell’ambito della medicina, della chirurgia e dei servizi e solo dopo qualche anno ti specializzi su un ambito più ristretto, però nel frattempo hai acquisito un bagaglio più ampio, hai potuto stare in contatto con uno spettro più ampio di colleghx ognuno con la sua aspirazione particolare e anche uesta commistione è formazione!

#assurdità numero 2: il bando del concorso. Ogni anno capita questo: viene prodotto dal ministero un bando ambiguo che viene bersagliato da ogni lato da ricorsi che hanno la capacità di modificare il bando in corsa, rallentarlo fino a bloccarlo. Quest’anno in piena emergenza sanitaria siamo riusciti a produrre il top! Concorso rimandato da luglio a settembre per pandemia, quindi arrivo dei ricorsi con mesi e mesi di proroga delle assegnazioni, che sono giunte toh! la settimana di natale, con le segreterie in ferie, i sistemi informatici in tilt e quelli di pagamento in down.

#assurdità numero 3: Lo svolgimento del test vero e proprio. Il primo anno che ho partecipato il test si teneva in quattro giorni di una settimana e in più non era detto che lo avresti fatto nella città dov’eri domiciliata. Quindi la tua vita non per uno ma per quattro giorni rimaneva sospesa, so anche di chi ha dovuto dormire in hotel perché lontano da casa e senza appoggi. Poi per fortuna hanno snellito la procedura e il test è diventato di un giorno, entrata in aula alle 11.30, senza poter aver niente, libri, telefono, solo il pranzo, inizio del test alle 14, fine alle 17.30, quindi attesa fino alla correzione, c’è stato un anno che sono uscita alle 19, con amicx che aspettando mie notizie pensavano fossi morta. Ovviamente tuttx provano il test e se il giorno del test è un giorno in cui dovresti lavorare non trovi nessuno che ti sostituisca e ovviamente i servizi ne risentono.

#assurdità numero 4: quest’anno e il merito. Questa primavera con l’emergenza sanitaria si è rivelata una grandissima novità: mancano in Italia i medici, in particolare gli specialisti! Cosa si è fatto per sanare questo gap? Intanto è finalmente stata abolita quella aberrazione farsesca dell’esame di stato per ottenere l’abilitazione alla professione, composto in precedenza da tre mesi di tirocinio inutile e un test a crocette stra-nozionistico, come se dopo il percorso di studi e una laurea, questo provasse il fatto che sei pronto a lavorare come medico! Per quanto riguarda le specializzazioni ovviamente ormai il buco era insanabile, però almeno ci si sarebbe aspettati una velocizzazione dell’uscita del bando del concorso e un avvio delle assegnazioni, cosa che come spiegavo prima invece è andata al contrario, anzi gli assegnatari di borsa di scuola prendono servizio a gennaio 2021 per l’anno accademico 2019-2020, per far capire quanto siamo indietro… La piccola cosa che hanno fatto è stato aumentare il numero di borse (non comunque abbastanza per coprire tutti i candidati disponibili). E qua un’altra parte dell’assurdità e direi anche della violenza di questo sistema, la mia esperienza personale: come ho detto è cinque anni che provo il test, gli anni precedenti al momento dell’apertura del sito il giorno delle assegnazioni ho trovato sempre la schermata “fine posti”, il che significava che per la posizione in graduatoria che avevo raggiunto non erano disponibili borse di mio interesse. Questo doveva consentire un’assegnazione meritocratica dei posti di formazione, di conseguenza per quattro anni mi sono sentita non meritevole di potermi formare. Quest’anno ho ricevuto un’assegnazione. Ho cambiato scelte? No. Ho fatto un punteggio al test migliore? Neanche, anzi, quest’anno è stato tra tutti l’anno in cui ho avuto la posizione in graduatoria più bassa. E ora? Sono contenta di essere entrata in scuola di specializzazione, ma penso che non sia stato per mio merito, o meglio, sarei stata meritevole di avere la borsa anche gli altri anni, la frustrazione che ho vissuto, il mercato del lavoro selvaggio e sfruttante a cui sono stata sottoposta, sono stati causati da decisioni prese non in base al bisogno sui territori di professionisti del Ssn ma in base a logiche di risparmio, tagli e profitto. Il senso di inadeguatezza che ho vissuto quotidianamente non dipendeva dal mio non merito, ma da un sistema raffazzonato, con troppi pochi professionisti, con mancanza di passaggio di saperi tra generazioni di colleghx, dalla completa mancanza di una generazione intermedia di colleghx, decimati da questo sistema escludente. Se non fosse stato per il Covid chissà quanti anni ancora avrei dovuto aspettare per ricevere quello che mi spetta e quello che spetta a tutta la popolazione, ovvero professionisti formati e capaci. Se la mentalità che guida lo stanziamento dei fondi non fosse quella del risparmio ma quella del bisogno, chissà quanti anni prima avrei concluso la mia formazione.

"Specializzarsi o meno non è una scelta. Sembra che la laurea dei sei anni di Medicina non ti fornisca i titoli per sentirti veramente un medico".

#assurdità numero 5. Bene, ora siamo statx assegnatx. E ora chi coprirà gli incarichi che mentre attendavamo abbiamo coperto noi? Chi farà i prelievi? Chi farà le guardie mediche? Chi sostituirà i medici di medicina generale quando avranno bisogno? Chi assisterà gli anziani delle Cra, i disabili delle case protette? Chi sosterrà le Usca?

Lo scopriremo solo sopravvivendo.

Lettera firmata

"LA MIA DOPPIA RECLUSIONE DA COVID"

La testimonianza di un detenuto del carcere della Dozza. La lettera arrivata in redazione racconta la drammaticità che si è vissuta nei giorni del grande focolaio scoppiato lo scorso dicembre.

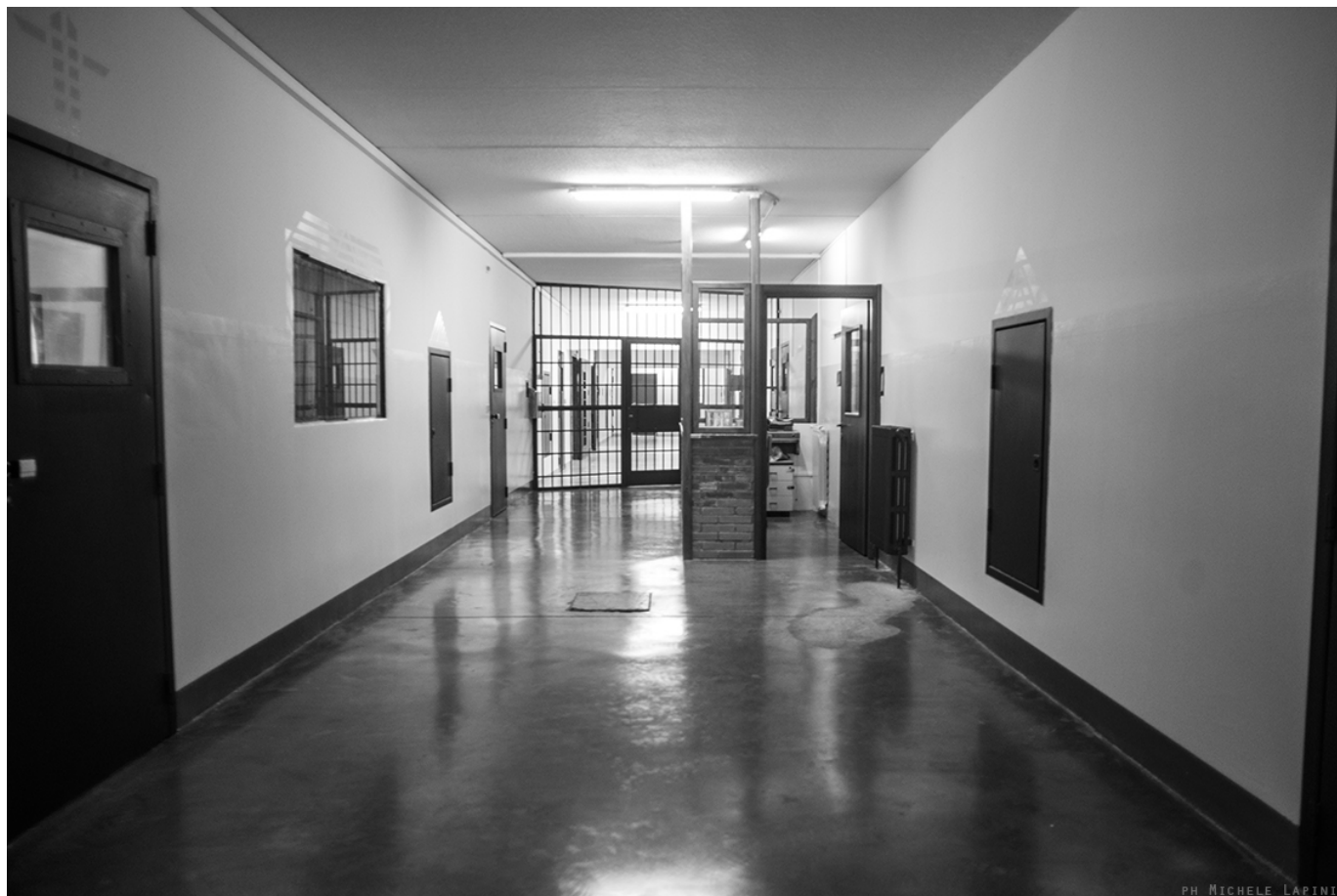
Sono un detenuto del carcere di Bologna che si è trovato coinvolto nel grave focolaio di Covid scoppiato alla Dozza ai primi di dicembre.
Il mio compagno di cella fu trovato positivo al coronavirus dopo avere manifestato i sintomi del contagio, soprattutto la perdita dell'olfatto e dei sapori del gusto. Venne fatto anche a me un tampone rapido che diede un esito positivo. A quel punto fummo entrambi trasferiti dalla sezione dove normalmente siamo collocati al repartino di isolamento Covid dove c'erano altri 27 detenuti risultati positivi al virus. Anche in questo braccio fummo messi in cella assieme.
Qui, quasi subito, mi venne fatto un tampone molecolare che diede esito negativo. Il mio compagno di branda, invece, risultò essere ancora positivo. Anche dopo questo esito ci hanno lasciati in cella assieme per altre due settimane. Io avevo imparato, seguendo diverse trasmissioni televisive sulla pandemia, che l'isolamento serviva per separare coloro che hanno un'infezione da Covid accertata (con esito positivo del tampone) e le persone sane. In questo modo si possono predisporre le tutele necessarie per prevenire la trasmissione dell'infezione. La presenza nella stessa cella e lo stretto contatto tra una persona positiva e una negativa era in netto contrasto con le disposizioni sanitarie che tutti conoscevano.
Terminato questo periodo di clausura forzata, ad entrambi venne fatto un nuovo tampone molecolare. Io risultai negativo, al mio compagno di cella invece venne ancora diagnosticata la positività. Ci comunicarono che avremmo dovuto sottostare a un altro periodo di quarantena stando ancora undici giorni chiusi insieme nella stessa "camera di pernottamento". Io, a questo punto, iniziai a fare casino. La quarantena si applica a persone sane, ma che potrebbero essere state esposte al virus, avendo avuto contatti stretti con soggetti infetti. Lo scopo del provvedimento è di limitare e restringere i movimenti e i contatti e serve per monitorare l'eventuale comparsa di sintomi, individuare nuovi casi di infezione e limitare il rischio di nuovi contagi. Ma sei io negativo continuavo a stare segregato con uomo contagiato lo scopo della quarantena andava a farsi friggere.
Accettarono di spostarmi, ma mi proposero di andare in cella con un altra persona positiva. Mi rifiutai e protestai ancora più forte, finalmente mi misero in una cella da solo. E lì restai per altri dodici giorni, poi mi venne fatto un altro tampone. Mi venne di nuovo confermato l'esito negativo; a quel punto fui riportato finalmente al reparto penale, dove solitamente sono recluso. Questo isolamento è stato particolarmente duro. Quasi un mese di cella, ventiquattro ore su ventiquattro, senza mai uscire, che va aggiunto al mese di isolamento per il dopo-rivolta di marzo e all'altro mese per il primo lockdown. Questi giorni non finivano più.
All'inizio ho cercato di non far sapere ai miei famigliari che ero in isolamento per il Covid, ma poi, dato che i colloqui non li faccio da tempo, il fatto di non utilizzare neppure le video-chiamate li ha fatti angustiare di più. E, quindi, per fare in modo che non andassero nel panico, ho fatto arrivare a loro la notizia. In quei giorni interminabili di reclusione totale vedevo solo il detenuto/lavorante; il medico passava una volta al giorno, ogni tanto due. Poi c'era il giro dell'infermiere la mattina e la sera. Gli agenti si facevano vedere poco, avevano molta paura del contagio e, quando arrivavano, erano tutti bardati con strumenti protettivi. Ho pensato molte volte a mia madre, alla mie sorelle e ai miei nipotini. Spesso ho riflettuto sulla morte e su come sarebbe stata la mia vita se mi fossi ammalato davvero. Non so dire se, effettivamente, avevo paura per la mia vita. Piuttosto temevo di non potere più vedere i miei cari e la cosa mi faceva andare giù di testa.

Ho avuto comunque anch'io i miei momenti di panico, pensavo al fatto che qua in carcere non conto niente, che non sono nessuno, perciò vivo o morto sarebbe stato uguale. In quegli attimi mi sono ricordato di un vecchio detto del mio paese: "La carne davanti al macellaio non può dire nulla. Lui la taglia a pezzi e decide solo lui come tagliarla".
Un'altra ossessione è stata la preoccupazione di rimanere infettato dal lavorante. Questo detenuto passava da una cella all'altra del reparto Covid, protetto il giusto. Io tutte le volte che ho potuto non ho preso niente dal carrello della cucina. Compravo qualcosa di confezionato alla spesa del sopravvitto e mangiavo quello. Chi, invece, non aveva quella possibilità, chi non aveva nemmeno gli spiccioli per comprarsi il tabacco, era messo ancora peggio. Tante volte ho sentito le urla di disperazione di chi, in cella, non aveva nulla, perché non aveva soldi per fare la spesa. Quante notti sono stato svegliato da chi gridava per avere una sigaretta.
Mettete insieme tutte queste cose e unitele alla paura dell'infezione, non vi sarà difficile capire come farsi prendere dalla disperazione diventi quasi normale. Per esempio, un mio paesano, rinchiuso anche lui al reparto Covid, una sera sbraitava come un indemoniato, gridava che non ce la faceva più, che si voleva uccidere. Le guardie, dal corridoio, gli dicevano di calmarsi e di non fare cazzate, lui, naturalmente, non ne voleva sapere di quei consigli inutili. Chiesi agli agenti di aprirmi e che mi lasciassero andare a parlargli. All'inizio non ne volevano sapere, poi anche loro si convinsero che forse era la cosa più intelligente. Andai davanti alla cella di quell'uomo e gli dissi che la nostra religione, come aveva aiutato me, poteva aiutare anche lui. Se lui si fosse suicidato, la sua vita sarebbe finita lì, ma per la sua famiglia e per i suoi figli come sarebbe stata? Cosa avrebbero pensato di lui? Gli ho parlato e sono riuscito a calmarlo e la cosa è stata molto utile anche a me.

"Ho avuto i miei momenti di panico, pensavo al fatto che qua in carcere non conto niente, che non sono nessuno, perciò vivo o morto sarebbe stato uguale".

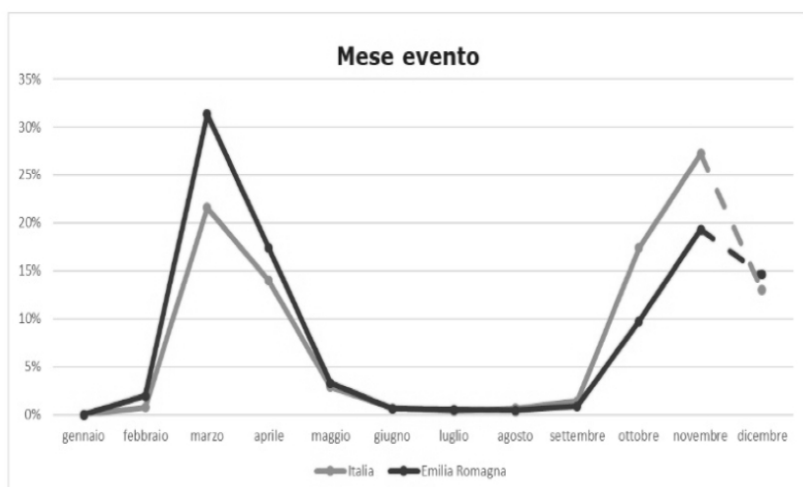
Per fortuna questa storiaccia del Covid, qua dentro, non sembra così allargata come lo era un mese fa. I numeri attuali non danno l'impressione di essere molto alti e ci dicono che si riesce a tenere il tutto sotto controllo. Da un po' di tempo sono stati riaperti gli spazi dell'aria, la palestra invece è ancora chiusa, ma questo succede anche fuori. Questa "mezza normalità" mi permette di riprendere, anche se non a pieno regime, la vita a cui mi ero attrezzato per resistere… E, per passare il tempo, tornerò a contare i giorni che mi mancano alla fine della pena. Il miraggio della libertà è per tutti noi il fondamento delle nostre giornate da reclusi. Spero soltanto che, quando me ne andrò da qua, anche il Covid se ne sia andato, non ce la farei a sottostare ad altre limitazioni.

Lettera firmata

ph Michele Lapini

NEL 2020 IN EMILIA-ROMAGNA 10.338 DENUNCE DI INFORTUNIO SUL LAVORO PER COVID

I dati Inail: Sono 37 i casi in cui si è verificata la morte della/del lavoratrice/ore e più di un decesso su quattro riguarda il personale sanitario e assistenziale

REGIONE EMILIA ROMAGNA

(Denunce in complesso: 10.338, periodo di accadimento gennaio – 31 dicembre 2020)

Nel corso del 2020, in Emilia-Romagna, sono state state 10.338 le denunce per infortunio sul lavoro legate alla pandemia da Covid (73,1% donne e 26,9% uomini): una quota pari al 7,9% delle 131.090 denunce relative all'intero territorio nazionale. In 37 di questi casi si è verificata la morte del lavoratore: cioè l'8,7% delle 423 vittime conteggiate a livello nazionale. Questi i numeri contenuti nella "Scheda regionale infortuni Covid-19" pubblicata dall'Inail, che sottolinea come "il valore di dicembre è da intendersi provvisorio e soggetto ad aumentare nelle prossime rilevazioni per effetto del consolidamento particolarmente influente sull'ultimo mese della serie". Nella classe d'età da 18 a 34 anni si concentra il 23,2% delle denunce; nella classe da 35 a 49 anni il 38,8%; nella classe da 50 a 64 anni il 36,5%; nella classe oltre i 64 l'1,5%. La distribuzione delle denunce a livello provinciale è la seguente: Bologna 23,8%; Ferrara 7,8%; Forlì-Cesena 6,6%; Modena 13,6%; Parma 9,8%; Piacenza 8,4%; Ravenna 7,2%; Reggio Emilia 13,7%; Rimini 9,1%. I casi con esito mortale sono stati cinque a Bologna, uno a Ferrara, sette a Modena, 14 a Parma, quattro a Piacenza, tre a Ravenna, uno a Reggio Emilia, due a Rimini. La rilevazione delle denunce è segnalata per mese e luogo di accadimento degli infortuni e l'analisi delle denunce con esito mortale è per mese di decesso dell'infortunato e luogo del contagio, spiega l'Inail.

"Rispetto alla data di rilevazione del 30 novembre le denunce di infortunio sul lavoro da Covid-19 sono aumentate di 2.294 casi (+28,5%), di cui 1.504 avvenuti a dicembre, 658 a novembre e i restanti riconducibili ai mesi precedenti. L'aumento ha riguardato tutte le province ma più intensamente in termini relativi quella di Ravenna(+67,6%) e Ferrara (+48,3%). L'analisi nella regione per mese dell'evento- mette in evidenza l'Inail- individua marzo come il mese più critico per le denunce, concentrandone quasi un terzo (31,3%) dall'inizio dell'epidemia, seguito da novembre e aprile. L'andamento regionale dei contagi denunciati è analogo a quello nazionale ma ne differisce per intensità: superiore alla media italiana in occasione della prima ondata, inferiore nella seconda, a parte il mese di dicembre".

Le professioni: "Tra i tecnici della salute l'84,5% sono infermieri; tra le professioni qualificate nei servizi sanitari e sociali sono quasi tutti operatori socio sanitari; tra le professioni qualificate nei servizi personali ed assimilati il 68% sono operatori socio assistenziali; tra il personale non qualificato nei servizi di istruzione e sanitari, il 62% è ausiliario ospedaliero".

L'attività economica: "La gestione industria e servizi registra il 98,5% delle denunce, seguono la gestione per conto dello Stato (1,4%) e l'agricoltura (0,1%); l'84,3% delle denunce codificate per attività economica (Ateco) riguarda il settore della 'Sanità e assistenza sociale' (68% delle denunce) e gli organi preposti alla sanità, come le Asl, dell''Amministrazione pubblica' (16,3%); le professionalità più colpite sono infermieri, medici, operatori socio sanitari e operatori socio assistenziali; il settore 'Noleggio e servizi alle imprese' registra il 6,3% delle denunce codificate: circa il 59% ha coinvolto le attività di ricerca, selezione, fornitura di personale con lavoratori interinali 'prestati' a svariate attività e professionalità (principalmente di natura sanitaria e sociale) e il 35% l'attività di 'Servizi per edifici e paesaggio', più della metà in attività di pulizia e disinfestazione; i 'Trasporti' (1,7%) e il 'Commercio' (1,4%): in prevalenza servizi postali e attività di corrieri e di commercio al dettaglio".

I decessi: "Riguardano per oltre 1/4 il personale sanitario e assistenziale (medici, infermieri, operatori socio sanitari, operatori socio assistenziali); interessati anche operai del manifatturiero".

CORONAVIRUS E SPAZIO PUBBLICO

Un'intervista su privatizzazioni e salute dei cittadini, sulle diseguaglianze che condizionano la vita delle persone durante la pandemia, sulle contraddizioni tra quella che era l'idea delle Case della salute e quello che realmente sono.

Luca è un giovane psicologo che da tempo segue il percorso e le iniziative dell'Assemblea per la salute del territorio. Sabato scorso, in un suo intervento durante l'iniziativa pubblica che si è tenuta in piazza Nettuno, ha posto la questione dello spazio pubblico in epoca di pandemia, sottolineando il fatto che le limitazioni e i lockdown da Covid non sono vissuti dalle persone tutti allo stesso modo. Vivere in tre in famiglia in un alloggio da 50 metri quadri è diverso dall'avere un appartamento da 80/90 metri quadrati. Di queste e di altre cose occorrerebbe tenere conto per capire i diversi gradi di sofferenza anche psichica delle persone.
Al margine dell'assemblea pubblica abbiamo fatto a Luca una breve intervista.

A un anno dall'identificazione del paziente uno qual è per te la situazione che stiamo vivendo?

"Abbiamo visto che tutta la capacità di approccio preventivo e tracciamento delle emergenze sanitarie, di attenzione alle condizioni sociali e sanitarie, è venuto meno. È stato destrutturato".

Guardando ai territori, qual è il tuo giudizio?

"Se in Lombardia questo processo ha assunto l'aspetto della privatizzazione selvaggia delle prestazioni e degli accordi economici fra pubblico e privato, in cui il privato detta legge, in una regione come l'Emilia-Romagna e in una città come Bologna vediamo una forte divaricazione sulle Case della salute. Parlo di una palese difformità tra quelle che sono le affermazioni contenute nelle leggi regionali sulle Case della salute e quelle che sono le forme pratiche della loro realizzazione. Le Case della salute non dovrebbero essere dei semplici poliambulatori, ma degli spazi di partecipazione alla governance sanitaria. Nella pratica questo non avviene, anche per una destrutturazione delle capacità organizzative di programmazione e di pianificazione dei servizi, che scelgono di non rapportarsi alle comunità come protagoniste".

Invece cosa si dovrebbe fare?

"Correttamente inteso, il protagonismo delle comunità sulle questioni di salute dovrebbe essere qualcosa che permette di intervenire ai cittadini su quelle che sono le condizioni di vita e di lavoro, sulle condizioni abititative, sulle politiche economiche e urbanistiche, e sulle politiche che determinano l'accesso al reddito".

Hai elencato una serie questioni che sono determinanti per la vita delle persone...

"Infatti si tratta dei problemi che, molto spesso, generano le condizioni di malessere, di disagio e di malattia. Se non si realizzano correttamente gli spazi partecipati nella governance sanitaria è perché c'è un conflitto di poteri e di interessi. Le attuali scelte politiche ed economiche, di fronte di una comunità veramente partecipe e protagonista delle politiche di salute, finirebbero in diverse contraddizioni".

Facci un esempio.

"Prendiamo, su scala globale, la questione dei vaccini... Se le popolazioni fossero davvero protagoniste, non sceglierebbero assolutamente che i vaccini fossero subordinati al profitto determinato dalle leggi sui brevetti. Le popolazioni vogliono salute per tutti e che sia condivisa. Questa è una rappresentazione globale del problema su cui oggi ci troviamo a intervenire, ma che ha anche forme di manifestazione più locale sul nostro territorio".

Zic.it - Zeroincondotta è un giornale quotidiano, on line e multimediale, che attraverso una redazione orizzontale e aperta al contributo dei lettori lavora per offrire un’informazione indipendente (e partigiana) tramite la produzione di news e inchieste e l’organizzazione di iniziative pubbliche di confronto e approfondimento. Zic produce e diffonde contenuti con l’obiettivo di sostenere le lotte, connetterle, diffonderle nel corpo della società. Zic vuole costituire un tassello del mediacenter che serve al conflitto sociale, sapendo che ogni movimento degno di questo nome si autogestisce e si rappresenta: senza bisogno di deleghe, senza attendere buone nuove da partiti, sindacati verticali e istituzioni un po’ meno cattive e vedendo nell’autorganizzazione l’unica via percorribile. Con coscienza, gioia e un’irrinunciabile tendenza all’insubordinazione.

L’INCHIESTA PROSEGUE SU

www.zic.it

PH: MICHELE LAPINI

ZEROINCONDOTTA ZIC.IT